UNIVERSITE DE PARIS — FACULTE DE MEDECINE

ANNÉE 1924 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

JEAN DURAND

Ancien externe des Hôpitaux,
Médecin diplômé d'Hygiène de la Faculté de Paris,
Médecin diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale.

Né le 18 août 1891 à Paris

La poussée évolutive dans les Adénopathies Tuberculeuses

Influence des injections de sulfates de terres cériques

Président de la Thèse : M. CARNOT, *Professeur.*

IMPRIMERIE REYNÈS
9, rue Saulnier
PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER.

Professeurs :	**MM.**
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD. CHAUFFARD GILBERT. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphiliques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. LEJARS. GOSSET. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	CLERC	LARDENNOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	DEBRE	LE LORIER	RIBIERRE
AUBERTIN	I. de JONG	LEMAITRE	RICHET fils
BASSET	DUVOIR	LEMIERRE	ROUVIERE
BAUDOUIN	ECALLE	LEVY-SOLAL	STROHL
BINET	FIESSINGER	LHERMITTE	TANON
BLANCHETIERE	FOIX	LIAN	TIFFENEAU
BRANCA	GARNIER	MATHIEU	VAUDESCAL
BRULE	HARVIER	METZGER	VERNE
BUSQUET	HEITZ-BOYER	MOCQUOT	VILLARET
CADENAT	HOVELACQUE	MONDOR	WELTER
CHAMPY	JOYEUX	MOURE	
CHIRAY	LABBE Henry	MULON	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées

A MON PRESIDENT DE THESE, M. LE PROFESSEUR CARNOT

A MON MAITRE, M. LE DOCTEUR SAUVE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX ET A LA FACULTE :

1911 M. le Professeur Rénon (*in memoriam*)
M. le Dr Richet fils, professeur agrégé

1912 M. le Dr Routier
M. le Dr Hallopeau

1913-1914 M. le Professeur Landouzy (*in memoriam*)
M. le Dr Sézary
M. le Dr Debré, professeur agrégé
M. le Dr Lœderich

1914-1915 M. le Professeur Pierre Marie
M. le Dr Crouzon
M. le Dr Foix, professeur agrégé
M. le Dr Léri, professeur agrégé

1919 M. le Dr Louste

1920 M. le Dr Hallé

1920 M. le Dr Tixier

1920-1921 M. le Professeur Hutinel
M. le Professeur Nobécourt

1921-1922 M. le Professeur Jeanselme
M. le Dr Gougerot, professeur agrégé
M. le Dr Touraine

1922-1924 M. le Dr Sauvé

M. le Professeur Teissier
M. le Professeur Bezançon
M. le Professeur Brumpt
M. le Professeur Léon Bernard
M. le Professeur agrégé Tanon

MM. les Drs Vitry, Meige, Chatelin, Maillet, Nadal, Bidot, Mathieu, Marcel Bloch, Lévy-Franckel, Georges Lévy, Fernet, Burnier, Schulmann, Chevalier,

A MA MERE,

AUX MIENS,

A M. LE DOCTEUR DUFOUR,

INTRODUCTION

Depuis que le traitement des diverses tuberculoses chroniques par les sulfates de terres cériques a été mis en pratique, le Dr Sauvé l'a préconisé dans les tuberculoses dites chirurgicales et l'a fait appliquer dans son service. En mars 1922, à la consultation de chirurgie de Necker, il nous a chargé de suivre un certain nombre de cas ainsi traités.

Nous nous sommes rapidement aperçu que, si ce traitement, d'une manière générale, donnait des résultats intéressants dès le début, l'appréciation exacte des indications restait difficile, faute d'un nombre suffisant d'observations comparables, suivies assez longtemps.

Après deux ans d'expérience, nous commençons à entrevoir le mode d'emploi de cette thérapeutique : cependant, ce travail qui expose nos conceptions, n'est pas présenté comme une base intangible ; nous considérons qu'il s'agit là de quelques résultats acquis préparant de nouvelles recherches qui, elles, préciseront tout à fait les indications techniques.

Il nous paraît hors de doute que ce produit, bien manié, est extrêment utile, que ses résultats sont remarquables, si décevantes que puissent d'abord paraître ces réactions impressionnantes, mais, en définitive peu graves, que provoque la cure. Il nous paraît aussi, qu'actuellement, nul autre produit ne donne des résultats aussi tangibles.

Dès le début, nous avons été frappé par la poussée que subit, sous l'influence du traitement, le foyer tuberculeux. Aussi nous sommes-nous attaché à préciser les modalités de ces poussées si bien que nous avons fini par conclure :

Tout se passe comme si ce foyer évoluait avec le maximum de rapidité mais les suites habituelles de la poussée qui, dans une tuberculose chirurgicale sont la guérison par évacuation et par sclérose, se trouvent ainsi amenées plus rapidement. La guérison, dans les cas heureux, se produit, grâce au raccourcissement marqué de l'évolution.

Cependant, il faut considérer que seul, guérit le foyer local en cause, la maladie générale reste : il pourra donc survenir de nouvelles poussées spontanées ou même, provoquées, en apparence, par la thérapeutique.

Il ne peut donc encore être parlé de guérison certaine, absolue et définitive. Aussi bien, en raison de notre conception de poussée provoquée ou accélérée, ne pouvons-nous, non plus établir de statistique sur les cas améliorés ou guéris, sans compter que, dans un certain nombre de cas où le malade abandonne le traitement en pleine poussée, on ne saura jamais si cette poussée continuera son évolution ou si tout restera en l'état actuel avec les ennuis que cause la poussée.

Parmi les tuberculoses externes que nous avons pu traiter, nous nous limitons ici uniquement aux tuberculoses ganglionnaires et nous ne retiendrons qu'elles dans nos observations ; seules, elles peuvent donner des résultats à peu près comparables et surtout, leur évolution étant superficielle, il est facile de se rendre compte de l'état réel des lésions et des réactions qui peuvent s'y produire.

Enfin, parmi ces observations de tuberculoses ganglionnaires traitées par les injections de sulfates de terres cériques, nous ne retiendrons, puisque nous nous refusons actuellement à faire un pourcentage illusoire, que les observations longuement suivies ou bien celles au cours desquelles nous avons pu noter un fait intéressant, qu'il soit favorable ou non à la conception que nous présentons.

Au cours de l'établissement de ce mémoire, de nombreux problèmes se sont posés. Le plus souvent, nous n'avons pu que les effleurer (tels les rapports de l'infiltration et de la congestion autour des lésions, le rôle des infections secondaires, etc.). Surtout il nous a paru dangereux de vouloir préjuger de la pathologie ganglionnaire à la pathologie pulmonaire. Si identique que nous ait souvent paru le processus, quelque rapprochement qui se soit imposé à notre esprit, conclure de l'un à l'autre nous a paru prématuré.

Restant sur le terrain pratique, nous pouvons affirmer l'intérêt des résultats déjà obtenus.

On peut espérer plus.

L'emploi de cette thérapeutique devra se généraliser : des cures nombreuses et surtout prolongées permettront d'observer les modifications de l'état général et de l'état local ; on pourra noter les circonstances qui peuvent influencer aussi bien l'un que l'autre de ces deux états.

Alors, cette thérapeutique sera mise au point ; on en obtiendra, à coup sûr, les résultats cherchés quel que soit le foyer tuberculeux en cause.

CHAPITRE PREMIER

La thérapeutique des adénites tuberculeuses.

Nous n'insisterons pas sur la clinique des adénites tuberculeuses, mais nous résumerons les indications les plus récentes des chirurgiens, des radiothérapeutes et des médecins. Nous verrons, en passant, combien cette thérapeutique est décevante, de l'aveu même des divers spécialistes.

Adénites tuberculeuses et chirurgie

Les adénopathies tuberculeuses relevant de la pathologie chirurgicale, nous envisagerons d'abord le traitement chirurgical, tel que l'a mis récemment au point, d'après sa pratique, le Dr Sorrel (*Bulletin Médical*, 1924, p. 189).

En 1883, à la Société de Chirurgie, Verneuil défend de toucher à un foyer tuberculeux sous peine de s'exposer à une généralisation.

Cette idée ne fit certes pas son chemin, puisque dès ce moment Trélat la combat et qu'en 1901, Broca envoie vigoureusement cette conception « rejoindre les vieilles lunes ». Il reste cependant toujours quelque chose de cette théorie, et on est, en général, peu partisan du traitement chirurgical des lésions tuberculeuses.

Nous retiendrons cependant cet épisode, car si l'on n'a plus à craindre la septicémie opératoire que redoutait Verneuil (qui la concevait comme une généralisation tuberculeuse), nous retrouverons avec la méthode que notre travail préconise, des difficultés analogues : la reprise du processus tuberculeux en un point paraissant à peu près sain, lorsqu'un foyer semble s'améliorer.

Sorrel envisage séparément les adénopathies selon leur siège. Pour les adénopathies cervicales, il se base sur la forme des lésions.

A. *Ganglion isolé*, volumineux, bien mobile :

La chirurgie est indiquée avant toute suppuration, toute fistule, toute sclérose.

La radiothérapie ne donne alors que des résultats peu favorables, et gênant toute intervention ultérieure si l'on s'y décidait.

B. *Formes multiganglionnaires non suppurées :*

Dans ces formes, on ne peut tout enlever et les récidives suivraient.

La radiothérapie donne peu de chose.

C. *Adénopathie en bloc :*

La chirurgie est impossible ; la radiothérapie a là des succès et, pour Sorrel, ce serait la seule indication.

D. *Ganglion unique suppuré :*

La chirurgie donnerait une vilaine cicatrice. Sorrel recommande là les ponctions sans injections de liquides modificateurs.

E. *Adénites multiples suppurées :*

Là aussi, les ponctions sont nécessaires quoique le plus souvent la fistule se produise.

F. *Adénite fistulisée :*

On doit alors laisser le ganglion se vider.

On doit empêcher, par des pansements, l'infection secondaire.

L'ablation large, par l'extérieur, peut quelquefois aider la guérison.

G. *Adénites multiples fistulisées :*

(Ce type clinique comportant des stades divers : ganglions fistulisés, ganglions suppurés mais non ouverts, ganglions non suppurés).

Sorrel, dans ce cas, conseille l'intervention, mais il s'agit là d'une opération de nécessité avec cicatrisation lente et souvent chéloïdienne.

Sorrel préconise donc la chirurgie dans deux cas : dans le ganglion unique, isolé : opération de choix ; dans les ganglions multiples fistulisés : opération de nécessité.

La radiothérapie étant réservée aux adénopathies en bloc.

Pour les autres cas, peu de choses restant possibles : les ponctions surtout.

Les autres traitements paraissent peu utiles.

Le traitement hélio-marin n'est, d'après lui, qu'un traitement adjuvant essentiel.

Le traitement par les sulfates de terres cériques lui paraît sans action (au moins chez l'enfant).

Le traitement par les vaccins n'est même pas à considérer.

Pour les *adénopathies axillaires* Sorrel admet systématiquement l'extirpation, l'évolution étant longue avec suppuration et fistulisation certaines.

Pour les *adénopathies inguinales*, Sorrel ne recommande l'extirpation, avec la méthode codifiée par Gosset (*Journal de Chirurgié*, 1909, n° 2), que pour deux cas :

1° Les ganglions mobiles sans périadénites ;

2° Les masses ganglionnaires suppurées et fistulisées.

Dans les deux cas, les ganglions iliaque ne doivent pas être appréciables.

La cure hélio-marine étant réservée aux autres cas avec emploi de la radiothérapie lorsqu'il y a périadénite marquée.

Ainsi, le chirurgien ne dissimule-t-il pas qu'il ne peut s'agir d'interventions que dans des cas très spéciaux et que les inconvénients (cicatrices vicieuses, récidives) sont sérieux ; mais il ne connaît pas de méthodes vraiment efficaces.

A côté de la chirurgie opératoire, deux méthodes d'ordre chirurgical peuvent rendre des services : la ponction et le drainage filiforme.

L'utilité des ponctions est incontestable, mais leur rôle est purement palliatif : elles ont pour but d'empêcher l'ouverture spontanée, vers l'extérieur, de la poche purulente et doivent être répétées aussi souvent qu'il le faut. Nous rappellerons qu'on doit essayer de vider la poche purulente aussi complètement que possible, quoique l'évacuation du pus ne soit pas aussi facile que par une fistule spontanée.

On fait suivre, ou non, cette ponction d'un lavage à l'eau physiologique.

On a même l'habitude d'employer des antiseptiques, l'éther iodoformé ou le liquide de Calot.

Sorrel parle là d'habitudes ancestrales : on estimerait, selon lui, que le médicament, agissant sous forme de vapeurs, amènerait la destruction du bacille.

Ces injections nous semblent avoir plutôt pour but d'obtenir une sclérose par irritation. Les ponctions répétées amènent une fibrose périphérique partout où les aiguilles ont pénétré. Cette fibrose tend à s'accroître d'elle-même, mais elle peut être

augmentée lorsqu'on injecte dans la poche, un liquide irritant susceptible d'amener cette sclérose ; il faut cependant que ce liquide baigne bien le tissu périphérique en réaction et non le magma caséeux qui se trouve au contact des parois de la poche (1).

Nous avons essayé les ponctions : elles nous ont paru toujours utiles et, parfois, absolument indispensables.

Les lavages sont plus nocifs : il nous semble certain qu'ils favorisent la fistulisation. Le liquide modificateur, attaquant aussi la paroi cutanée de la poche incapable de se scléroser par elle-même, accroît sa fragilité si bien, qu'au moindre traumatisme, cette paroi éclate et la fistule se produit.

En tout cas, les ponctions, à elles seules, exigent une surveillance journalière.

Le drainage filiforme (méthode de Chaput) exige moins de surveillance. Pas plus que les ponctions, il n'empêche la fistulisation, mais il n'oblige pas le malade à revenir, presque chaque jour, faire ponctionner sa poche.

Cette méthode, pour la même raison, nous a paru utile surtout en cas de traitement radiothérapique ou pour les malades dont le ganglion tend à se ramollir, et qui ne viennent pas tous les jours.

Adénites tuberculeuses et radiothérapie. — Après avoir, en passant, exposé la conception qu'un chirurgien pouvait se faire du traitement radiothérapique, nous allons exposer le point de vue des radiothérapeutes en résumant les indications données par le Dr Ledoux-Lebard dans une leçon à la Faculté :

Les radiations n'ont aucune action sur les bactéries, au moins à dose thérapeutique ; les résultats acquis ne peuvent être envisagés que par leur action sur les tissus.

Ledoux-Lebard distingue :

1° les adénopathies à gros ganglions mous mais non ramollis (lymphome isolé), où la radiothérapie donne des résultats remarquables, surtout au point de vue esthétique ;

2° les autres adénopathies (adénopathies ramollies, non ouvertes, adénopathies fistulisées, micropolyadénopathies), où l'action de la radiothérapie ne peut que s'ajouter à celle des

(1) Nous reviendrons ultérieurement sur l'évolution spéciale que peut subir le liquide de la poche, en prenant alors une teinte rougeâtre ou noirâtre : les lavages à eux seuls, peuvent donner cette évolution que nous attribuons plus aux ponctions qu'aux injections de sulfates de terres sériques quoique, en raison du rôle qu'y peut jouer la résorption sanguine, nous les envisagions comme des réactions de même ordre et concordantes.

agents médicamenteux ou à celle de la petite chirurgie évacuant les foyers si besoin est.

Les résultats sont moins beaux au point de vue esthétique, mais satisfaisants.

(Le chirurgien admet d'ailleurs que, dans ces cas, il y avait surtout action sur la périadénite.)

Enfin, Ledoux-Lebard signale deux points importants :

1° la nécessité de rester fidèle aux techniques fixées. La radiothérapie, dans ces cas, ne doit être ni profonde, ni intensive. Il y a lieu d'éviter les doses minimes, excitantes, tout en employant des doses modérées ; les doses doivent être fractionnées, la filtration modérée également.

2° la nécessité de veiller à l'esthétique : surveiller l'hyperpigmentation, surtout regrettable lorsqu'elle se manifeste avec des contours nets et, à plus forte raison, éviter la production de télangiectasies.

Adénites tuberculeuses et traitement médical.

La question du traitement médical des adénites tuberculeuses ne se pose pas et tous le considèrent comme un traitement adjuvant.

A côté du traitement hygiéno-diététique et des médicaments relevant l'état général, peut-il exister une médication spécifique de la tuberculose, agissant également dans les adénites tuberculeuses ? On eut recours, sans succès, à la sérothérapie et à la vaccinothérapie. La chimiothérapie fut essayée : on tenta d'utiliser de nombreux corps dans la tuberculose pulmonaire (Cf. pour plus de détail, la revue critique de Calmette. *Revue de la tuberculose*).

Parmi ces corps, les sels de terres rares et en particulier les oxydes du groupe cérique (1), étudiés au point de vue expérimental, se sont montrés jouir d'un pouvoir bactéricide considérable, surtout vis-à-vis du bacille de Koch (travaux de Frouin). A la suite de quoi, on les essaya dans diverses tuberculoses chroniques (Grenet).

En 1920, Bleton, étudiant dans sa thèse l'action des sels de terres rares sur les adénopathies tuberculeuses, signale l'amélioration rapide se traduisant par : la disparition de la périadénite, l'assèchement des fistules, la diminution des ganglions avec beaucoup plus de rapidité que par tout autre traitement.

(1) Les Pélospanines, employées par nous sont, on le sait, les sulfates et les oxydes du groupe sérique.

Nous-même, sans essayer de reprendre des dates, allons tâcher d'entrevoir, par l'analyse d'assez nombreuses observations personnelles, le processus qui agit, nous essaierons de concevoir l'affection que nous traitons et ce qui se passe lors du traitement.

Avant tout, nous résumerons dans un tableau un peu schématique, les résultats que nous avons obtenus, en regrettant de ne pouvoir nous baser sur la forme des adénites et de composer un tableau analogue à celui que nous avons dressé pour le traitement chirurgical des adénites. Nous estimons que cela permettrait de voir dans ce traitement autre chose qu'un pis-aller, mais nous le jugeons encore prématuré (1).

(1) Ce tableau est le résumé d'un travail que nous comptons consacrer, en collaboration avec le docteur Saugé, aux résultats (et aussi à la technique) de ce traitement.

CHAPITRE II

Action des sulfates de terres cériques dans les adénopathies tuberculeuses.

Influence sur l'état général

Ne doit pas être trop atteint.

Bon, s'améliore rapidement malgré une chute de poids, assez marquée au début.

Pas trop mauvais, l'état général semble s'améliorer quoique la baisse de poids soit plus marquée.

Pas trop bon, peu de résultats.

Influence sur l'anémie

Considérable (Obs. 12), on voit le sang se recolorer presque à chaque injection.

Influence sur l'état local

1° *Action sur les lésions fistuleuses :*
La plus nette et la plus rapide.
Fermeture de la fistule.

2° *Action sur la périadénite :*
Fonte rapide.
Les ganglions s'isolent.

3° *Lésions indurées :*
Régression nette dans presque tous les cas.
Guérison rapide dans certaines conditions (âge, etc.).
Dans quelques cas à évolution rapide, il semble que l'action des Pélospanines se borne à arrêter net le processus évolutif aigu.

4° *Lésions indurées avec ramollissement :*
Mêmes constatations.
Cependant, la condition essentielle est d'évacuer le pus aussi

précocement que possible. Encore n'est-il pas toujours possible d'éviter une fistulisation momentanée.

Le traitement par les Pélospanines ne nous semble avoir aucun inconvénient sérieux, il ne produit aucun choc, la réaction générale, quand elle a lieu (d'ailleurs très rarement), présente peu de gravité.

Les réactions locales sont quelquefois plus accentuées mais, dès maintenant, nous tenons à noter que, malgré tout, la terminaison de ce que l'on pouvait considérer comme une poussée, ne s'est jamais montrée défavorable.

Enfin, cette thérapeutique, par elle-même, n'entraîne aucune gêne pour l'application ultérieure d'une autre thérapeutique, chirurgicale ou radiothérapique.

Il serait, malgré tout, trop simpliste, d'estimer qu'un pareil traitement convienne à tous les cas, quoique cette opinion ne soit pas très loin de notre pensée.

Il s'agit de bien connaître les indications qui ne relèvent pas tant de la forme des lésions que de l'état général et de certaines conditions dont nous allons envisager quelques-unes.

L'âge nous a paru un facteur essentiel : un sujet jeune se trouve amélioré plus vite et d'une manière plus complète.

Les circonstances de milieu, repos, bonne nourriture, air de la campagne, jouent, comme on peut s'y attendre, un rôle important.

Le changement d'air (retour au pays), nous a paru agir surtout par le repos relatif qu'il amenait ; un travail même pénible mais habituel déprimant moins le sujet.

Nous allons surtout insister sur quelques types cliniques rencontrés par nous, où le traitement n'a pas paru donner tous les résultats que l'on aurait pu en attendre.

Adénopathies tuberculeuses et scrofule

Nous avons rarement vu des sujets nettement scrofuleux, à suppurations interminables, disgracieuses et gênantes quoique peu graves puisque l'on admet, depuis les travaux du P[r] Marfan, que le scrofule serait une tuberculose atténuée, immunisant l'organisme contre des poussées ultérieures.

Habituellement, nos malades venaient consulter à l'occasion d'un fait nouveau (adénopathie indolente grossissant ou même apparition d'une adénopathie ignorée d'eux jusque-là).

Dans les quelques cas (Obs. 4 et 12), où le terrain paraissait se rapprocher du terrain scrofuleux, les résultats n'ont pas été

des plus heureux : l'amélioration observée n'a jamais été que temporaire.

Aussi, sans pouvoir rien affirmer de l'action des sulfates de terres cériques sur la scrofule elle-même, tendrions-nous à admettre que le traitement ne nous paraît pas devoir prendre la première place. Ceci expliquerait, en partie, les échecs obtenus à Berck.

Notons également que dans les cas où la tuberculose avait plusieurs localisations (Obs. 1, par ex.), les résultats n'ont jamais été que temporaires.

Adénopathies tuberculeuses a type tumoral

Nous avons observé, dans quelques cas, une grosse adénopathie cervicale constituant une masse unique considérable, grossissant lentement. On se demande d'abord s'il ne s'agit pas d'un processus néoplasique ; la nature tuberculeuse n'est prouvée qu'à une période avancée lorsque la ponction en retire, avec difficulté, un peu de pus typique. On constate qu'à la périphérie, existe une congestion intense, toute ponction amène une hémorragie abondante.

On a posé dans des cas analogues, les pédiatres surtout, la question de savoir, s'il ne s'agissait pas de syphilis plutôt que de tuberculose, ou même de lésions mixtes, différentes du « scrofulate de vérole ». On n'admet plus, actuellement, l'hybridité de lésions. Dans nos cas, le Wassermann s'est toujours montré négatif.

Ici, la chirurgie est peu indiquée : il faudrait une intervention trop considérable. Les radiations, quand il ne s'agit pas de ce qu'on appelle, le lymphome tuberculeux, donnent peu de chose ; l'action des sulfates de terres cériques est minime : la périadénite disparaît, la masse semble diminuer, mais l'augmentation progressive n'est en rien modifiée.

Adénopathies tuberculeuses et état génital

Chez certains malades, le rapport existant entre les adénopathies tuberculeuses à poussées et l'état génital nous a paru intéressant, quoique complexe.

L'état fonctionnel génital peut être perverti dans le sens de l'exagération. Nous n'avons rencontré qu'un cas où ces troubles s'accompagnaient de signes d'hyperthyroïdie et d'une hypertrophie mammaire absolument considérable (Obs. 25).

Il s'agissait-là d'un cas d'adénopathie à type tumoral peu influencé par le traitement.

Les cas où domine l'hypoovarie nous ont paru plus fréquents. Nous observions ce complexe :

Tuberculose ganglionnaire.

Troubles fonctionnels génitaux (aménorrhée).

Etat spécial du psychisme.

L'observation 15 est des plus typiques. Nous y rencontrions des troubles génitaux marqués (hypopilosité, absence de développement des organes génitaux externes — aménorrhée : cette malade n'a jamais été réglée — frigidité — l'utérus est infantile, les ovaires sont réduits à presque rien).

Au point de vue psychique, l'anxiété domine, la malade présente un fonds de puérilité psychique très net, auquel de temps en temps, viennent s'ajouter des crises d'anxiété éclatant à l'occasion la plus minime.

Dans tous ces cas, une suggestibilité facile des malades, permet la prolongation du traitement si peu nets que soient les résultats, d'autant, qu'en général, nous avons vu, dans ces cas, une fragilité veineuse tout à fait anormale, bien propre à accroître l'état d'anxiété.

Dans un cas (Obs. 24), l'établissement du tableau clinique a coïncidé nettement avec la perturbation génitale. A la suite d'une salpingite, le Dr Sauvé procède, chez cette malade, à l'ablation totale des annexes. Rapidement, outre une obésité considérable, apparaissent l'irritabilité psychique et les crises d'anxiété ; les ganglions grossissent.

L'emploi de l'opothérapie joint au traitement par les Pélospanines a permis une guérison, alors que les sels de terres rares seuls n'avaient amené qu'une améliorfation temporaire.

Chez une autre malade (Obs. 35), nous avons vu les troubles apparaître au cours même du traitement.

Elle présente une adénopathie tuberculeuse. On la traite par les Pélospanines. A la 4e série, les règles s'espacent. On cesse le traitement, les règles réapparaissent pour disparaître encore avec une nouvelle série.

Dans la série ultérieure, les piqûres sont espacées : le traitement dure deux mois : pendant ces deux mois, pas de règles (cela coexiste d'ailleurs avec une poussée légère au niveau des ganglions et des troubles au niveau des articulations, mais elle présente également des crises d'anxiété.

Nous attribuons ces troubles à une ovarite tuberculeuse localisée, avec le minimum de phénomènes pelviens, telle que

nous avons pu le constater dans nombre d'autopsies de femmes tuberculeuses jeunes présentant de l'aménorrhée.....

.....

Il resterait à savoir pourquoi, dans certains cas, ces troubles peuvent se produire au cours du traitement, s'aggravant avec les série successives. Chez la malade de l'obs. 35, l'examen génital répété plusieurs fois, n'a rien montré d'anormal.

Très fréquemment, on rencontre des troubles analogues, quoique moins marqués, chez des sujets jeunes, n'ayant jamais été réglées (obs. 20, p. ex.). Dans de tels cas, le traitement a une influence beaucoup plus favorable.

Chez certaines malades ne présentant pas de troubles fonctionnels génitaux, mais chez qui le traitement ne donnait pas les résultats attendus, l'interrogatoire nous a révélé la coïncidence de ce que nous appellerons, par discrétion, carence sexuelle.

L'une d'elles a été suivie longtemps (Obs. 12) et, toujours, les poussées semblaient coïncider avec l'absence prolongée de rapports.

Nous avons retrouvé, chez d'autres malades, non traitées, ce même état avec la nervosité excessive qui va de pair.

Quelquefois (Obs. 26), le refrènement de la sexualité chez une malade restée fille, malgré elle, nous a paru jouer un rôle de même ordre.

Tous ces faits, concernant les troubles génitaux, nous amènent à penser que, dans de tels cas, il faut, avant tout traitement, prévenir la malade qu'on peut espérer agir sur l'état général, mais ne rien promettre comme action sur l'adénopathie.

Dans ces cas, j'ai eu recours aux traitements adjuvants, opothérapie surtout.

CHAPITRE III

La " poussée " au cours des adénites tuberculeuses.

A côté de ces états cliniques, plutôt rares, dont l'influence sur le traitement est plus ou moins nette, il en est d'autres où la thérapeutique mène à des résultats plus typiques et plus constants.

Ce sont les cas où il y a accroissement considérable du ganglion avec fonte rapide, bref, grosse réaction : on peut se demander s'il faut les traiter.

On peut, également, se demander si le traitement doit être continué lorsque les premières injections provoquent, au niveau d'un ganglion, une sorte de poussée réactionnelle.

Ce sont ces divers points que nous allons envisager.

Lors d'adénopathie tuberculeuse, il semble qu'il n'y ait qu'un ganglion atteint : il n'est pourtant pas le seul en cause

Beaucoup ont grossi sans subir l'évolution complète habituelle et passent inaperçus du malade, qui fait de son affection une affaire locale, En réalité, la maladie a débuté beaucoup plus tôt.

Bien avant que se produise la localisation ganglionnaire a existé très tôt, dans le jeune âge, une primo-infection qui, massive et très grave, amènerait rapidement la mort du sujet neuf. En général, la contagion, moins massive et plus répétée, aboutit à ce mélange d'état d'immunité et de réceptivité que l'on désigne sous le nom d'allergie.

A côté de la lésion pulmonaire primitive, sur laquelle on a beaucoup insisté, mais que Jousset déclare pratiquement négligeable, existe une lésion médiastinale plus importante mais, en somme, localisée.

Tout peut en rester là ou bien, de nouvelles poussées se produisent, soit que le bacille émigre du foyer primitif, soit que de nouvelles infections surviennent et se répètent, alors que l'état d'immunité se trouve déficient.

Ces nouvelles poussées peuvent être, selon le mot de Jousset, de type plutôt nécrosant : elles se caractérisent surtout par

des collections purulentes, localisées, peu extensives, s'observant chez un sujet résistant bien, présentant peu de fièvre.

L'existence de cette lésion locale semble devoir protéger l'organisme d'une infection générale trop intense, comme par une vaccination constamment renouvelée.

Nul ne peut affirmer qu'il n'existe pas, dans ce foyer localisé, une lésion en activité qui pourra s'étendre, s'accroître et subir l'évolution spéciale des lésions tuberculeuses.

Et pourquoi ce foyer est-il localisé ? On a donné de nombreuses explications, dont aucune ne paraît vraiment l'emporter, on a parlé de bacille moins virulent, de races ou d'espèces différentes existant respectivement dans la tuberculose pulmonaire ou les tuberculoses chirurgicales.

On a aussi envisagé une défense mieux appropriée de l'organisme, soit au point de vue humoral, soit au point de vue état général moins déficient : en effet, il est de règle qu'un sujet, porteur d'adénopathies tuberculeuses chroniques, ait toutes les apparences extérieures d'une bonne santé, avec une lésion purement locale, dont l'indolence est si complète que le malade, à ce moment, prend rarement la peine de consulter.

Tout cela change lorsque se produit une poussée évolutive.

Cette poussée se manifeste par des phénomènes généraux et locaux. Les phénomènes généraux sont habituellement secondaires (déficience légère de l'état général).

Les phénomènes locaux peuvent se ramener à la formule schématique : extension des lésions, tendance à leur expulsion.

Les lésions présentent alors un caractère d'extensivité, qui se manifeste d'abord par de la périadénite, puis, l'ensemble grossit, s'accroissant comme une tumeur ; en plus, cette périadénite est douloureuse.

Les tendances à l'expulsion se manifestent par un ramollissement des lésions, le pus formé tend à s'évacuer par la peau, la lésion se fistulise.

Le malade s'inquiète soit de cet abcès, soit de sa fistule à la suppuration interminable, ce sont ces phénomènes consécutifs à la poussée qui, l'un ou l'autre, l'incitent à consulter. Pourtant, le traitement appliqué plus tôt aurait été autrement efficace.

A ce stade précoce, l'action des Pélospanines est vraiment remarquable : il est rare alors que la poussée puisse se produire.

Dès le début, la périadénite disparaît, le processus cesse d'être extensif. Ceci se fait en général au cours de la 1re série, en une

vingtaine de jours, par conséquent. Dans de nombreux cas, nous avons pu constater sa disparition en beaucoup moins de temps (en 3 jours, obs. 37). Il s'agit, en général, de sujets jeunes, pris en d'excellentes conditions physiques et psychiques.

La périadénite qui empâtait les plans voisins, qui faisait fusionner divers ganglions en une même masse, et se comportait comme si elle servait de support au processus tuberculeux dans sa marche extensive, disparaît : c'est le premier symptôme qu'observe le malade, symptôme qui lui fait bien augurer du traitement et l'incite à continuer, bien qu'on l'ait prévenu de la longueur de cette thérapeutique.

Les affirmations à ce sujet sont formelles : nous signalerons, parmi les plus typiques, l'observation 12, où la malade s'aperçoit que la masse ganglionnaire, tout en restant considérable, a tendance à se séparer en ses éléments constitutifs : « c'est aussi gros, mais cela se partage ». On assiste ensuite à la régression très lente de la masse qui, comparable, au début, à une grosse pomme, devient ultérieurement, comparable à une mandarine.

Dans certains cas, cette disparition, tout aussi typique, ne fait (obs. 11, par ex.), que précéder une réaction tissulaire spéciale de la périphérie du ganglion. A cette périadénite, succède la formation d'une sclérose périphérique, véritable coque enveloppant du pus typique d'abcès froid.

Le ganglion paraissait très dur, et c'est l'ablation chirurgicale, seule, qui montra l'état réel des lésions.

Cette périadénite est, nous l'avons vu, douloureuse, sa disparition ne fait pas que localiser le processus en isolant les ganglions, elle amène une résultat encore plus précoce ; l'adénite devient moins douloureuse (obs. 26), ceci, dès le début, bien avant que se manifeste la régression très lente de l'adénopathie puisque nous estimons à environ un an, dans les cas heureux, le temps nécessaire pour une thérapeutique vraiment active et efficace.

Dans les cas plus avancés, il y a autre chose que cette périadénite ; il y a fonte du ganglion et, cliniquement, cette masse multilobulée aux divers ganglions gros et agglomérés, présente des points qui se ramollissent et se fistulisent.

L'injection des sulfates de terres cériques commence par amener la disparition de la périadénite. La poussée qui se produisait se trouve ainsi très modifiée.

Nous avons pu voir, dans un cas, la périadénite continuer à augmenter lors du traitement et encore, momentanément. En général, elle disparaît avant toute réaction.

Pour la nécrose et l'expulsion, le processus semblerait bien rester identique, mais son évolution dans le temps est accélérée. Le processus, au lieu de subaigu, devient aigu. Lors de poussée vraie, la peau est envahie, ou, plus fréquemment, a subi des troubles de vascularisation et d'usure, la masse caséeuse à laquelle a abouti le tissu ganglionnaire modifié par le processus tuberculeux fait, par sa pression, éclater cette membrane cutanée dépourvue de vitalité : il y a fistule sans cicatrisation possible, tant que la peau ne sera pas soudée à un plan résistant qui lui assurera une vascularisation meilleure.

Or, dans ce ganglion, du pus se produit incessamment, isolant la peau de la profondeur. Ce pus est issu de la masse spéciale qui se trouve à la périphérie du ganglion.

Cette masse, certainement, est aussi pyogène par les modifications qu'elle fait subir aux éléments étrangers, voisins ou non (leucocytes).

Les infections secondaires, à peu près constantes dès que la fistule s'est produite jouent, très certainement, un rôle important dans cette modification.

Lorsque l'évolution est modifiée par des injections de sulfates de terres cériques, les choses semblent se passer de la même façon, mais le traitement empêche l'accroissement de cette zone pyogène et son extension ; il permet ainsi, avec une observation suivie, en répétant les ponctions évacuatrices, aussi souvent que possible, d'assurer en peu de temps, l'élimination du foyer, avant la production de toute fistule, avant toute infection secondaire et avant l'établissement d'une suppuration interminable.

Souvent, on ne peut empêcher la fistulisation ; l'élimination accélérée de la zone pyogène permet alors à la peau de s'appliquer sur les plans plus profonds et de reprendre la vitalité nécessaire à sa cicatrisation.

Ce sont là des cas beaucoup moins favorables en raison de la longueur de la cicatrisation et des processus chéloïdiens disgracieux et autres qui peuvent se produire, d'autant plus qu'un foyer latent susceptible de réveil peut toujours persister à ce niveau.

Cette réaction modifiant la poussée spontanée semble la continuer, l'accélérer, l'aggraver même, mais ces deux réactions ne sont pas identiques : la seconde, que nous appelle-

rons poussée réactionnelle ou thérapeutique pour l'opposer à la poussée évolutive est, de beaucoup, plus favorable.

Moment de la poussée « réactionnelle ».

Cette poussée réactionnelle n'est pas immédiate : elles est, en général, assez tardive ; à la quatrième ou à la sixième piqûre et souvent, même, lors de la seconde série seulement, tout comme si la limitation du processus par la disparition de la périadénite était nécessaire.

Lieu de la poussée

Cette poussée provoquée ne se produit pas toujours au niveau du ganglion ou de la collection pour laquelle le malade venait consulter.

Par exemple (obs. 16) un malade a eu, cinq ans auparavant, une adénite bacillaire, guérie difficilement après un long traitement. Il y a une cicatrice vicieuse et, cependant, le malade se croit guéri.

Il vient consulter pour d'autres ganglions. Une première série d'injections amène la fonte de la périadénite autour de ces ganglions récents. Lors de la seconde série, la réaction se produit mais c'est l'ancien foyer qui se réveille et c'est au niveau de la cicatrice qu'ont lieu les phénomènes de fonte et d'expulsion avec fistule.

Il faut noter, également, l'intérêt de l'observation 27 : la malade présente des ganglions axillaires bilatéraux d'origine bacillaire certaine, mais tout à fait au début, sans aucun caractère évolutif. De tels cas sont rares, nous faisons une série pour voir quelle sera l'évolution de telles lésions.

Les poumons avaient été examinés : on n'avait rien constaté.

A deux reprises, en rapport net avec les injections intraveineuses, se produit une poussée congestive au niveau du sommet gauche, disparaissant rapidement quand on cesse le traitement, et ne réapparaissant pas à la reprise du traitement quelques jours après.

Ceci implique l'obligation d'une grande prudence au début du traitement.

Répétition de la poussée.

Ces poussées provoquées peuvent se répéter et, en général, toujours au même point, d'ailleurs, cela s'arrange vite.

Par exemple, dans l'observation 17, à la première comme à la seconde série, la réaction se répète là, où, pendant cinq ans, s'était faite une fistulisation et non au point le plus déclive de la masse.

Terminaison de la poussée.

On peut dire que cette poussée prend fin quand la masse pathologique est totalement éliminée (obs. 1) : il reste alors une fistule qui se ferme vite sous l'influence du traitement.

La poussée réactionnelle paraissant subordonnée à l'évolution d'une poussée pathologique qu'elle transforme, rien ne prouve qu'après l'élimination du foyer traité un nouveau foyer ne se produira pas ultérieurement (obs. 1 et 4). La maladie reste, d'où la nécessité de continuer le traitement en examinant de façon suivie tout ganglion un peu gros. Dans aucun cas (sauf peut-être pour la malade de l'obs. 15) au cours d'un traitement prolongé, nous n'avons constaté une poussée nouvelle, soit au niveau de l'ancien foyer, soit au niveau d'un autre ganglion.

CHAPITRE IV

Nature de la poussée thérapeutique.

I

Il est intéressant de se demander comment les injections de sels de terres rares peuvent amener la disparition des lésions tuberculeuses : quelques-uns des problèmes de la chimiothérapie vont se présenter à nous.

L'action des agents médicamenteux chimiques introduits dans un organisme, peut être envisagée de deux façons :

Ou bien, il y a destruction du germe en cause comme cette destruction se ferait *in vitro* : l'agent de la chimiothérapie agit comme un antiseptique, mais son action, ne s'appliquant qu'à un germe donné et spécial, est spécifique.

Ou bien, l'action porte uniquement sur les lésions : dans les affections chroniques on peut considérer qu'entre le germe causal et les lésions causées (réactions de l'organisme) existe un équilibre. Cet équilibre peut se rompre lorsque, le germe devenant plus virulent, l'affection s'accroît à la suite d'une poussée. Il peut également se rompre lorsque l'organisme devient capable de réagir, il ne tolère plus les lésions et essaie de les faire disparaître.

L'agent de la chimiothérapie peut amener cette modification de l'organisme tendant à l'expulsion des germes et à la disparition des lésions. Son action n'est plus spécifique, puisqu'elle se borne à renforcer la résistance de l'organisme. Le processus ne serait plus chimique, mais protéinique ; ce n'est plus le corps injecté qui agit, ce sont les albumines, modifiées par cette action chimique, mises en liberté ou circulant dans le sang dont l'action, directe ou non, va se faire, très variable d'ailleurs. Toutes les modalités selon lesquelles cette action peut s'exercer sont loin d'être décelées ; à côté des phénomènes de floculation, de colloïdoclasie dont la traduction clinique est le choc protéinique aux effets actuellement bien connus, il peut en exister de nombreux autres.

D'autres phénomènes, qu'on les trouve ou non dans le choc

colloïdoclasique, peuvent être les témoins de ces diverses modalités : la non-coagulabilité du sang telle qu'on l'observe avec les arsénobenzènes, les troubles de la coagulation et l'hémolyse que nous avons trouvés lors de l'injection des Pélospanines.

Combien d'autres effets, témoins de l'action des injections ne pourront-ils pas être décelés sans même qu'on puisse leur attribuer une action réelle, soit sur l'organisme, soit sur le parasite, ou les considérer comme les témoins d'autres phénomènes encore inconnus.

On a pensé, tout d'abord, en se basant sur les expériences de Frouin, à une action spécifique des sels de terres rares sur le bacille de Koch.

Nous n'estimons pas, pas plus que dans aucune autre médication, dite spécifique, qu'il puisse s'agir d'une thérapeutique à action strictement limitée au germe causal. L'action d'un corps, *in vitro*, doit certes faire chercher à employer ce corps dans l'organisme, mais on n'en doit pas conclure, si les résultats obtenus sont heureux, qu'il s'agisse d'une action identique.

Il ne s'agit pas non plus d'injecter n'importe quel médicament dans les veines pour tâcher d'obtenir la guérison, il s'agit de rechercher le produit :

le moins toxique pour l'organisme,

le plus actif,

le plus constant dans son action.

Pour bien déterminer ces divers points, l'expérimentation *in vitro*, peut jouer un rôle sans amener de conclusion ferme, les résultats pratiques étant toujours les plus intéressants.

Les Pélospanines ne sont pas toxiques, les nombreuses injections que nous avons faites ne laissent aucun doute à ce sujet. Elles ne donnent lieu à aucun choc : les phénomènes pénibles du choc, même légers, n'ont été constatés dans aucune de nos observations.

Si leur action est loin d'être constante, pas plus qu'elle n'est vraiment spécifique en tant qu'action sur le bacille de Koch, dans les autres chimiothérapies, même celles qui paraissent mise au point actuellement, on peut être ramené aux mêmes conclusions.

Ainsi, de nombreux corps sont capables d'agir sur les accidents syphilitiques ; les arsénobenzols, s'ils ne sont pas les moins toxiques ont une action à peu près constante ; d'autres produits, les sels de bismuth et de mercure ont une action

comparable, quoique plus faible et moins constante. A côté de ces grands médicaments spécifiques, on ne compte plus les produits (urotropine ou autres) dont l'emploi a pu amener des phénomènes comparables, quoique d'une manière très inconstante ; de même, on pourrait signaler des cas beaucoup plus rares où les arsénobenzols n'ont donné aucun effet thérapeutique.

Des constatations analogues, peut-être même plus concluantes, ont été faites avec les divers corps employés dans le traitement chimiothérapique des trypanosomiases.

Nous ne possédons aucun moyen pratique de voir le bacille de Koch disparaître des lésions tuberculeuses comme on peut voir le tréponème disparaître des plaques muqueuses ou le trypanosome, du sang circulant, cette disparition, d'ailleurs, ne prouverait rien, pouvant être momentanée, tréponème et trypanosome réapparaissant lors d'un traitement insuffisant.

La régression des lésions est plus évidente. Cependant, dans nombre de cas, une poussée, ou plutôt cet ensemble de phénomènes que nous avons désigné sous le terme de « poussée » thérapeutique, peut précéder la régression. Dans la syphilis traitée énergiquement, on peut envisager, au début, des réactions analogues (réaction d'Herxheimer) due, semble-t-il, à la mise en liberté des toxines contenues dans le germe, ce germe détruit, ses poisons agissent rapidement. Mais, ici, la réaction est quelquefois tardive ; elle ne semble pas tant aggraver la maladie que chercher, par une essai de réaction locale, la disparition du foyer en tant que corps étranger plutôt qu'il n'y a pas exaltation de virulence du microbe lui-même.

Ce mot de poussée semblerait s'appliquer aux phénomènes dûs à une plus grands agressivité du germe causal. Son emploi est certainement défectueux, mais le phénomène est si net en clinique, qu'aucune dénomination ne saurait mieux convenir.

II

La conception de thérapeutique spécifique, si intéressante soit-elle, ne peut tout englober ; nous manquons des données suffisantes pour bien expliquer l'action d'une chimiothérapie. S'il est beau de savoir guérir un malade en sachant ce que l'on fait, il est encore très utile de savoir le guérir empiriquement.

Dans le cas particulier du traitement par les Pélospanines sachons nous contenter des résultats pratiques obtenus, sans trop nous laisser influencer par les travaux expérimentaux

qui en ont constitué la base théorique, en notant que cette thérapeutique, efficace dans certains cas, est décevante dans d'autres.

Il est permis de chercher à reconnaître les cas où le traitement pourra agir plus ou moins bien.

Nous avons déjà pu déceler certaines modalités purement cliniques où la thérapeutique semblait mieux réussir, et d'autres où nous déconseillions, provisoirement tout au moins, l'emploi de cette thérapeutique.

La conception de la chimiothérapie agissant par réaction de l'organisme, nous a amené à chercher si on ne pouvait déceler des modifications de l'état humoral traduisant cette réaction.

Ceci existe en syphiligraphie : nous avons eu recours d'abord à des réactions analogues.

Faisant faire systématiquement la réaction de Wassermann chez nos malades, pour éliminer toute syphilis, nous avons recherché assez souvent, avec des méthodes dites sensibles, s'il ne se produisait pas sous l'influence du traitement par les Pélospanines, une modification de cette réaction humorale, nous n'avons jamais rien constaté de ce genre.

Les réactions de fixation, vis-à-vis d'un antigène tuberculeux, se sont montrées trop inconstantes pour qu'on puisse encore en faire état.

La constatation d'une veine saignant anormalement chez certains malades (obs. 43, par ex.) à la suite de l'injection de Pélospanines, phénomène se répétant chez ces malades de façon constante nous a incité à chercher des modifications de la coagulation sanguine.

Nous résumons les constatations faites.

Sang des sujets normaux (MM. V., G., T.).

Sang normal pur.	Coagulation rapide, rétraction du caillot.
Sang auquel on ajoute in vitro 1/2 c.c. de Pélospanines.	Coagulation un peu retardée mais se faisant en moins de 10 minutes.
Sang pris avec une seringue ayant contenu de la Pélospanine et ayant servi à une injection (traces de Pélospanines et sang d'un malade traité).	Absence de coagulation. Hémolyse légère (due au sang étranger).

Sang des sujets traités (obs. 27, 43, 28, 40).

1er *jour :*	
Avant la piqûre	Coagulation rapide. Rétraction du caillot.
Après la piqûre.	Pas de coagulation, sedimentation rapide. Hémolyse.
2e *jour :*	
Avant la piqûre	Coagulation en 5 minutes. Rétraction du caillot.
Après la piqûre	Hémolyse nette. Sédimentation.
Sang recueilli à l'autre bras avec une seringue neuve.	On ne peut retourner le tube qu'environ 1 h. après. Le temps le plus court de coagulation a été de 37 minutes.

Le temps de saignement au lobule de l'oreille (obs. 28, 40) s'est toujours montré normal.

Nous n'avons pu, faute de sujets s'y prêtant, chercher, dans tous les cas, ces réactions, ni les suivre au cours des diverses séries.

Aucune conclusion ferme n'est possible en dehors de la notation du fait que l'injection des sels de terres rares provoque un trouble de la coagulation sanguine.

Nous avions également commencé à rechercher si, à côté de ces troubles de la coagulation, il n'y avait pas auto-agglutination des hématies et quel était le rôle de l'hémolyse légère constatée à chaque fois, rôle qui nous paraissait essentiel.

Le temps nous a manqué pour ces recherches (1).

III

Nous voyons, dans ces phénomènes, une réaction de l'organisme, mais cette réaction peut se faire selon divers types.

Chez un malade non traité, la tendance extensive de l'adé-

(1) Dans cette idée, en nous plaçant au point de vue absence de spécificité, nous avons cherché (obs. 43) à amener ces mêmes modifications par l'auto-hémothérapie; nous n'avons pas retrouvé ces troubles de l'état du sang, pas plus que l'auto-hémothérapie n'a semblé agir. Peut-être y a-t-il lieu d'incriminer la voie d'injection intramusculaire et non intraveineuse? En tout cas, toute théorie d'action basée sur l'hémolyse ne peut être que prématurée et même téméraire.

nopathie et de fonte du tissu tuberculisé peut bien traduire une de ces poussées évolutives qu'on conçoit actuellement dans la tuberculose.

Au début, les injections de Pélospanines nous paraissaient amener une réaction analogue ; il nous semblait que le traitement provoquait une poussée évolutive semblable à celle que l'on constate chez les malades non traités, poussée plus forte, plus rapide, menant à une cicatrisation plus précoce.

Actuellement, nous pensons plutôt que, s'il est des cas où de tels phénomènes peuvent se produire, ces cas sont très rares et ne concernent guère que les réactions du début.

En général, la grosse réaction que nous avons pu obtenir traduit une réaction de l'organisme du même ordre, mais avec des différences considérables, dont la principale et la plus précoce est la disparition de la périadénite.

La poussée existe bien, mais elle ne correspond pas à un réveil de la virulence du microbe, ni à une évolution nouvelle des lésions ; l'organisme réagit de par les modifications amenées en son sein par les injections intraveineuses, et ces modifications, spécifiques ou non, conduisent dans un bref délai, à l'élimination du foyer pathologique.

D'autres modifications, tout aussi importantes que la présence ou l'absence de périadénite, peuvent accompagner la poussée réelle aussi bien que la poussée thérapeutique.

On peut observer, dans certains cas, un réchauffement apparent du pus de l'adénopathie tuberculeuse. On peut, d'autres fois, retirer par ponction, de l'intérieur du ganglion, un liquide sanglant.

Lorsque le pus semble se réchauffer, l'état local est très différent de ce que l'on voit habituellement : le ganglion devient douloureux, la peau est rouge ; les plans profonds sont empâtés ; puis, on peut constater de la fluctuation ; le pus s'est collecté, mais le malade ne peut dormir jusqu'à ce qu'une fistulisation amenant l'évacuation du pus le soulage.

La ponction, dans ces cas, est insuffisante ; l'incision, faite par erreur, peut amener le même soulagement.

Le pus est crèmeux, bien lié ; l'examen microscopique et les cultures n'y révèlent la présence d'aucun microbe.

De tels cas peuvent s'observer lors d'injections de Pélospanines ; plus fréquemment, on les constate dans les poussées évolutives spontanées.

Fréquemment, nous avons noté, dans le territoire cutané correspondant à ce ganglion, un foyer infectieux, de sorte que

nous pouvons nous demander si, dans ces cas, une infection secondaire peu décelable n'est pas à la base de cette poussée ; là aussi, l'organisme pourrait réagir vis-à-vis des agents infectieux, amenant le même résultat final : la disparition de l'affection froide chronique.

Tout naturellement, la persistance et même l'augmentation de la périadénite, la présence d'infections secondaires surajoutées rendent cette « poussée » beaucoup moins désirable que celle obtenue par les Pélospanines.

Dans d'autres cas, on observe une réaction sanglante.

Chez un malade non traité, une ponction retire du pus typique ; on évacue aussi complètement que possible ; vers la fin, on constate des stries rougeâtres dans le pus, ou même ça saigne. Le lendemain ou le surlendemain, on doit ponctionner de nouveau : le pus a une teinte rougeâtre, puis, ultérieurement, noirâtre ou chocolat.

Cette constatation nous a paru d'un très heureux pronostic et nous a fait présager la guérison locale dans quelques cas.

Nous expliquerions cette guérison, soit par une congestion réactionnelle plus intense à la périphérie des lésions, congestion dont l'hémorragie est le témoin, soit parce que ce sang épanché dans le ganglion ou dans le tissu interstitiel est résorbé par l'organisme provoquant une réaction dont la guérison locale est l'aboutissant (1).

Avec le traitement par les Pélospanines, nous avons pu obtenir ce type réactionnel plus marqué, plus précoce qu'avec les ponctions seules : aussi, considérons-nous toujours cette modification locale comme un symptôme du meilleur augure.

IV

La poussée thérapeutique est très différente de la poussée évolutive : ce mot même de poussée ne doit appeler aucune idée pathogénique, mais simplement évoquer une idée d'analogie clinique.

Ces poussées thérapeutiques nous ont donc paru d'ordre très variable, quoique, seul, le traitement par les sulfates de terres cériques amène des résultats souvent satisfaisants.

Nous étions donc amené à nous demander si, dans les cas

(1) Nous entrevoyons là une réaction de même ordre qu'avec les injections de Pélospanines, l'organisme réagissant dans un cas, au sang extravasé, dans l'autre à l'hémolyse qui a lieu lors de l'injection du produit chimiothérapique.

où il y a guérison sans poussée apparente on ne pouvait pas envisager une réaction passant inaperçue de nous, réaction thérapeutique analogue, mais non superposable à celle que nous voyons dans les cas bruyants où, à une poussée évolutive réelle, pathologique, lente dans sa durée, tenace dans ses effets, se substitue une nouvelle poussée qu'on peut croire l'exagération de la poussée pathologique, mais dont les résultats (rapidité d'évolution, terminaison favorable) montrent bien la nature thérapeutique et les effets heureux.

Allant même plus loin, nous pouvons considérer que, si dans la plupart des cas, la réaction d'ordre thérapeutique se substitue à la poussée pathologique, sans retour de celle-ci, il est des cas (obs. 4) où la réaction nouvelle ne peut se produire, la réaction pathologique restant seule en cause.

D'autres fois (obs. 12 et 35) les deux processus s'opposent l'un à l'autre ; le traitement arrête toute poussée sans que puisse s'établir la réaction de substitution, base de la guérison. Pendant longtemps, le traitement ne semble donner aucun résultat.

---

(1) Si peu partisan que nous soyions de l'action spécifique des sels de terres rares, la comparaison de la fonte ganglionnaire, à la suite du traitement, avec le phénomène de Koch (élimination en une escharre des bacilles tuberculeux par un organisme déjà immunisé) s'est imposée à nous.

Les cuti-réactions que nous avons tenté ne nous ont rien donné pratiquement : de tels essais ne peuvent être faits utilement et suivis dans une consultation hospitalière.

CHAPITRE V

Réactions générales au cours du traitement.

En dehors des réactions générales qui peuvent se produire (assez rarement) au cours des injections de Pélospanines, on peut observer d'une manière constante, chez les malades, des modifications de l'état général que nous résumerons :

1° pendant les injections, l'état général est moins bon ;
2° entre les séries, cet état s'améliore.

Ce qui semble surtout traduire cette déficience de l'état général, c'est la baisse de poids qui est constante (1).

L'action sur les autres phénomènes (anémie, etc.) est beaucoup moins marquée ; le sang commence à se recolorer dès la fin de la série.

Tout peut se borner à cette réaction de l'organisme, ou bien, dans quelques cas isolés, ces cas où, dans le chapitre précédent il nous avait semblé que l'influence thérapeutique des Pélospanines suffisait juste à arrêter le processus, dans ces cas, nous avons pu voir des réactions générales.

Cette réaction générale peut être précoce et minime ; le malade de l'observation 4 se plaint de diarrhée et de fatigue lors de la 1re série, la malade de l'observation 15 présente, 6 jours avant la réaction locale, une réaction générale (fatigue, asthénie, douleurs articulaires).

Plus grave est la réaction tardive ; nous l'avons observée

(1) Par exemple dans l'observation II :

Poids au 12 janvier (avant le traitement) 68 kil. 800.
Poids au 2 février (après la 1re série) 66 kil. 700.
Poids au 20 février (avant la 2e série) 66 kil. 700.
Poids au 14 mars (avant la 2e série) 65 kil. 700.
Poids au 26 avril (après la 3e série) 66 kil.

chez les malades (obs. 12 et 35) qui avaient présenté ces troubles génitaux signalés dans un précédent chapitre.

Chez ces malades, depuis longtemps traitées, apparaissent des douleurs articulaires, longtemps persistantes, assez graves pour amener l'hospitalisation dans un des cas et faisant même envisager, à un moment, la possibilité d'évolution d'une tumeur blanche. Tout s'est d'ailleurs arrangé...

(1) La malade (obs. 15) avait, elle aussi, présenté des troubles fonctionels génitaux.

CHAPITRE VI

Conduite de la cure par les Pélospanines.

Notre expérience, déjà longue, nous incite à exposer notre mode d'emploi des Pélospanines dans les adénopathies tuberculeuses.

Sauf exceptions, nous employons des ampoules pour injections intraveineuses.

Nous tenons compte, pour les résultats à obtenir : de l'âge et de l'état physique, de l'état pulmonaire, chez la femme, de l'état génital, du siège (les adénites axillaires nous paraissant les moins faciles à guérir).

Nous faisons les trois premières séries à raison de vingt injections, une tous les jours. (Nous préférerions même quinze ou vingt piqûres à la première série, vingt ou vingt-cinq à la seconde, vingt-cinq à la troisième).

Les trois premières injections de chaque série sont de 2 c.c., les suivantes de 4 c.c. A la 3e série nous faisons même 2 ampoules de 4 c.c. les cinq derniers jours.

Nous laissons 10 à 15 jours de repos entre ces séries, 10 jours si la baisse de poids a été minime, 15 jours si elle a été forte. S'il y a eu réaction générale ou locale assez intense sans fistulisation, nous prolongeons un peu cette période de repos. S'il y a eu fistulisation, nous reprenons le traitement au bout de 8 à 10 jours.

Les séries ultérieures (20 piqûres) sont faites aux mêmes doses, les injections sont faites tous les 2 ou 3 jours, avec 1 mois de repos entre les séries.

Nous attachons un gros intérêt à ce que les malades reçoivent une série avant leur départ à la campagne et une série à leur retour.

Ce sont les malades eux-mêmes qui nous ont signalé l'influence heureuse du traitement fait à ce moment.

La durée totale du traitement complet nous semble être d'un an et demi avec, environ, huit séries d'injections. Très souvent, les résultats favorables sont obtenus dès la 2e ou 3e série.

Malgré le rapprochement des injections du début nous n'estimons pas qu'il s'agisse d'un traitement d'attaque que suivra ultérieurement un traitement d'entretien. Nous voyons là les moyens empiriquement obtenus de modifier un organisme tuberculeux.

Emploi des injections intramusculaires

Les solutions de sels de terre rares sont habituellement préparées pour leur emploi en injections intraveineuses.

Il existe également des Pélospanines préparées pour la voie intramusculaire.

Nous avons employé ces dernières :

1° Quand les veines des malades étaient insuffisantes ;

2° Quand les injections ne peuvent pas être faites régulièrement par un médecin ;

3° Au début, quand nous assistions à une réaction trop forte, nous interrompions la cure intraveineuse et nous avions recours à une cure intramusculaire pour faire quelque chose. Nous avons noté (obs. 14) que la réaction semblait s'atténuer dans ces cas, plus vite qu'avec une cessation pure et simple du traitement.

Plus tard, nous rendant compte de l'utilité de la réaction, nous persistions, en général, dans l'emploi des solutions intraveineuses, ce n'est guère que dans les cas de réactions au niveau du poumon (obs. 27) que nous avons jugé plus prudent d'y avoir recours de nouveau.

4° Enfin, nous avons, sans aucun résultat, cherché si ces injections intramusculaires pouvaient avoir un effet différent de celui des injections intraveineuses (obs. 12).

Traitement adjuvant.

Nous avons jugé très utile d'adjoindre aux injections de Pélospanines quelques éléments thérapeutiques dont l'action ne nous a pas paru négligeable.

1° *Le repos*. La question de repos ne pouvait guère se poser pour les malades que nous traitions, malades obligés de rester à la ville et de travailler.

Cependant, chaque fois que nous avons pu amener nos malades à se reposer, le traitement semble avoir été influencé d'une manière favorable.

2° *Le séjour à la campagne*, avec da double action, le repos

et le changement d'air, a amené les résultats les plus heureux surtout lorsqu'il pouvait s'intercaler immédiatement entre deux séries d'injections intraveineuses. Dans ces cas, l'augmentation de poids était constante et considérable.

3° *Traitement médicamenteux*. Nous avons surtout employé trois des médicaments antituberculeux pendant les périodes intercalaires et surtout lors du séjour à la campagne.

Deux autres cas nous ont aussi paru nécessiter un traitement pharmaceutique.

1° Lorsque le malade ne peut, pour quelqu'autre raison, revenir pendant un certain temps.

2° Lorsque les deux premières séries ont donné peu d'effet en dehors de la disparition de la périadénite, nous tentions toujours de remonter l'état général avant de commencer une troisième série.

Nous employions le tannin et l'iode conjointement, mais non sous forme de sirop iodo-tannique. L'iode, sous forme de teinture d'iode, à doses progressivement croissantes, a toujours été bien supporté, quelles que soient les doses atteintes.

Nous donnions surtout le tannin selon la formule de Kuss :

Extrait de feuilles de noyer	60 gr.
Glycérine	120 gr.
Eau .....q. s. p.	300 gr.

1 à 3 cuillerées à café par jour.

A étendre dans une grande quantité d'eau.

L'absorption de tannin a été souvent suivie de phénomènes d'intolérance.

Nous avons employé le fer, d'une manière purement symptomatique, sous forme de protoxalate associé à plus ou moins de poudre de rhubarbe. Ses effets furent des plus satisfaisants et l'anémie qui pouvait accompagner l'adénopathie était très rapidement influencée.

Nous avons déjà signalé l'influence de l'opothérapie ovarienne dans certains cas.

Nous rappellerons également l'importance des ponctions évacuatrices et signalerons la nécessité de traiter tout foyer infecté susceptible d'influencer le ganglion tuberculeux (soins des dents, etc.).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Adénites cervicales guéries par les Pélospanines. — Apparition d'abcès thoraciques. — Poussées aiguës au cours du traitement. — Guérison locale. — Apparition ultérieure de nouveaux abcès.

Mlle Eugénie J..., 63 ans. — Cette malade, déjà traitée en mars 1921, pour adénites bacillaires, cervicales et sus-sternales avec fistules, a reçu, à ce moment, une première série d'injections de Pélospanines : l'adénite au cou aurait été améliorée et la fistule presque tarie.

En juillet (après un séjour à la campagne), l'adénite cervicale paraît à peu près guérie, il ne persiste qu'une induration légère et un léger suintement. Cependant, il se développe alors, au niveau de la région pectorale droite un abcès avec fluctuation profonde.

En juillet 1921, la malade reçoit une seconde série d'injections intraveineuses.

Au 9 mars 1922, la malade présente, au niveau de la région pectorale droite, un abcès de la grosseur d'un œuf de poule, dur *non adhérent* aux plans profonds, avec peau intacte. En un point très limité de la collection (partie externe), il y a fluctuation et la ponction ramène deux à trois centimètres cubes de pus typique d'abcès froid.

Il existe, en outre, une vaste collection de la grosseur d'une pomme calville occupant toute la fosse sous-épineuse droite, dure dans les parties supérieure et interne, fluctuante dans la partie externe.

Après la ponction, cette masse apparaît comme formée d'une périphérie dure, de consistance presque cartilagineuse, entourant 7 à 8 centimètres cubes d'un liquide purulent qui tendait à se faire jour à l'extérieur.

Au-dessus et en dehors de cette masse principale, existe une autre petite masse complètement isolée et encore dure.

La malade reçoit, du 9 mars au 28 mars, une troisième série d'injections intraveineuses, avec, comme traitement local, deux ponctions suivies de lavages au liquide de Calot.

Au début de la série (9 au 16 mars), on constate une réaction très nette au niveau de l'abcès postérieur : dans toute la masse, la fluctuation apparaît très nette sans qu'il y ait eu aucun traitement local, le ramollissement est rapide et l'abcès supérieur et externe semble devoir se fistuliser à bref délai, la ponction ramène 8 à 10 c.c.

de pus crémeux ; la masse inférieure, devenue, elle aussi, nettement fluctuante est ponctionnée le 16 mars, on enlève 20 c.c. de pus et le 28 mars on en retire de nouveau 35 c.c., cet abcès postérieur est à peu près complètement vidé. Il ne persiste que quelques petites masses isolées.

Devant l'importance de la réaction locale (l'état général devenant assez précaire), on décide de renoncer aux injections intraveineuses tout en continuant le traitement avec des injections intramusculaires (non faites d'ailleurs).

La malade, hospitalisée en médecine n'est revue que le 8 mai. Elle n'a, dans l'intervalle, reçu aucun traitement spécial.

Au 8 mai, l'abcès postérieur qui s'était fistulisé et qui, depuis la mi-avril n'avait cessé de couler, a disparu complètement sauf une légère cicatrice adhérente au niveau des fistules ; l'abcès antérieur qui s'est fistulisé également est réduit à une masse de la grosseur d'une noix présentant un petit point de fistule.

Une quatrième série de Pélospanines faite au mois de juin, est bien tolérée : les fistules se ferment.

En septembre, les abcès thoraciques sont totalement guéris. Il y a eu cependant apparition d'un nouvel abcès profond au niveau de la fosse iliaque externe (côté droit).

On essaie encore le traitement par les sulfates de terres cériques, mais les veines indurées ne permettent plus d'injections intraveineuses (on ne peut dépasser 6 piqûres) et la malade ne pouvant supporter les Pélospanines intramusculaires, on doit renoncer au traitement chimiothérapique et se contenter d'un traitement purement local (ponction et lavages au liquide de Calot), qui donne peu de résultats.

En décembre 22, l'abcès est encore profond, il n'a aucune tendance à la fistulisation.

La malade, revue un an après, présente un état général toujours précaire, elle garde le lit et a de nouveaux abcès (fesse gauche, spina ventosa), mais alors que l'abcès ancien de la fesse droite persiste, ceux du thorax, ainsi que les adénites du cou sont cicatrisés complètement.

L'impotence de la malade ne lui permettant plus de venir à la consultation, il ne peut être procédé à un nouvel essai de traitement par les injections.

La malade présentait également des lésions bacillaires anciennes du poumon et de la peau (nodules lupiques disséminés). Ces lésions n'ont été, à aucun moment, influencées par le traitement.

OBSERVATION II

Adénite cervicale avec poussée aiguë, puis amélioration clinique considérable.

M. Aristide B..., 38 ans. — Ce malade présente des adénites cer-

vicales déjà traitées par deux séries de Pélospanines : la première en janvier, la deuxième février-mars 1922.

Au début de mars 1922, on constate, du côté gauche, une masse profonde, dure (déjà diminuée, d'après le malade) avec un ganglion superficiel de la grosseur d'une noix, tendant à s'abcéder (ramolli depuis la reprise de la deuxième série, semble-t-il), puis se fistulisant le 9 mars. Du côté droit, on trouve une masse ganglionnaire non ramollie.

Au 3 avril, le malade revient pour une nouvelle série : les masses ganglionnaires sont moins volumineuses ; à gauche suppuration persistante.

Après la troisième série, le suintement déjà très diminué se tarit, puis, le malade se considérant comme guéri, refuse une quatrième série qu'au début de mai, ou lui propose.

Il n'y a eu aucun traitement modificateur local. L'état général a toujours été bon. Le malade, revu fin 1923, pour une affection d'origine traumatique, était toujours dans le même état et n'avait présenté aucune poussée.

OBSERVATION III

Adénopathie cervicale. — Suppuration d'un des ganglions au cours du traitement. — Guérison clinique.

Mme Julienne J..., 28 ans. — La malade a reçu en février 1922, une série d'injections de Pélospanines B pour adénopathie cervicale droite, bacillaire.

Au cours de ce traitement, l'adénopathie aurait régressé et la masse générale, d'abord unique, se serait divisée en trois masses ganglionnaires beaucoup plus petites, adhérentes et la masse inférieure aurait suppuré.

Au 4 mars, époque où nous la voyons, deuxième série au cours de laquelle une poussée se produit au niveau de la masse inférieure qui se fistulise le 10 mars et s'évacue.

Au 11 avril, la malade revient pour une nouvelle série (troisième), il ne persiste plus, à droite que deux petits ganglions durs, l'un rétro-jugulaire, l'autre occipital, plus quelques croutelles au niveau de la fistule.

Après la troisième série (mai 1922), la malade est considérée comme guérie. Sauf une baisse de poids suivie d'un accroissement relativement considérable, l'état général est excellent.

Cette malade n'a reçu aucune injection modificatrice.

OBSERVATION IV

Adénopathies cervicales. — Poussées successives. — Influence des Pélospanines sur certaines poussées. — Aucune influence sur le processus en général.

Marius T..., 20 ans. — Ce malade a déjà présenté de nombreuses adénopathies tuberculeuses interminables. En février 1922, il est traité pour une adénopathie cervicale rétro-maxillaire, de la grosseur d'une mandarine dure, sans fluctuation, siégeant à droite : il reçoit des injections de Pélospanine.

Lors des 8 premières piqûres, l'adénopathie serait devenue plus dure, plus douloureuse et le traitement aurait occasionné quelques troubles généraux (diarrhée, fatigue). Au 10 mars, époque où je le prends en soins, l'adénopathie paraît moins volumineuse, mais elle est ramollie. Des ponctions répétées avec lavage au liquide de Calot n'empêchent pas la fistulisation de la masse à sa partie inférieure, ceci le 15 mars.

Après cette évacuation spontanée, le trajet fistuleux semblerait avoir tendance à se fermer, mais, à chaque pansement, se rouvre, on fait alors des Pélospanines (le traitement n'avait été retardé qu'à cause de l'intolérance accusée antérieurement par le malade).

Le 20 mars, première piqûre de cette série, la deuxième. Dès le 24 mars, le trajet fistuleux situé à la partie inférieure ne communique plus avec la masse, elle-même composée de deux parties, une postérieure dure et une antérieure ramollie que l'on doit évacuer par ponction le 1er avril.

Au 5 avril, la fistule est complètement fermée, la masse supérieure ne comporte plus de pus, mais un liquide séreux, un peu sanguinolent, la peau sus-jacente n'est aucunement altérée. On doit faire des ponctions, nécessaires tous les trois jours, car elle se ramollit rapidement, fondant de jour en jour jusqu'à se réduire à un minime liseré induré (on emploie toujours le liquide de Calot), le liquide contenu est rouge noir, filant.

Le 22 avril, à la fin de la série, il n'y a plus, semble-t-il, de liquide, mais une masse dure, sous-cutanée, faisant corps avec la peau, le tout une peu chéloïdien et nettement moins gros qu'au début, le trajet inférieur est complètement fermé et l'état général très bon. La poussée semble finie, le malade ne revient pas pour le traitement. On le voit cependant, fin mai, lors d'une visite pour l'assistance obligatoire, l'état était alors stationnaire, plutôt meilleur.

Fin mars 1923, ce malade revient à l'occasion d'une nouvelle poussée au niveau de la même adénite maxillaire droite. L'amélioration avait persisté une dizaine de mois, puis c'est redevenu douloureux.

On constate, à ce moment, que l'ancienne masse ganglionnaire est de la grosseur d'une petite pomme avec un point fluctuant assez haut, là où la poche s'était fistulisée autrefois (c'est en raison de l'accroissement du tuberculome ayant lieu surtout à la partie inférieure que l'ancien point fistuleux paraît plus haut par rapport à la masse).

En arrière du rebord de la branche horizontale du maxillaire, toujours du côté droit, on note un nouveau ganglion de la gros-

seur d'une noix encore dur. Autour de ces deux ganglions existe une grosse périadénite douloureuse, surtout marquée autour du ganglion le plus récemment atteint.

Le 3 avril 1923 on commence les piqûres de Pélospanines. Dès la quatrième piqûre, périadénite et douleurs ont disparu. A ce moment, le processus semble s'arrêter, mais, au niveau de l'ancienne adénopathie seulement. On continue les piqûres, car au niveau de la nouvelle adénopathie il y a peu de modification.

Au 25 avril 1923, la régression de l'adénite ancienne s'est accentuée, cependant le ganglion nouveau persiste avec une grosse périadénite. La série finie, on cesse les piqûres.

Le 3 avril 1923 on commence les piqûres de Pélospanines. Dès la presque qu'on se trouve en présence d'un abcès chaud sans pourtant qu'il y ait de ramollissement ; les ponctions ne ramènent pas de pus et on ne constate aucune cause possible d'adéno-phlegmon (dents intactes).

On reprend les piqûres (à 2 c.c. seulement), les premières semblent améliorer le processus ; on s'arrête à la prière du malade pour les reprendre le 11 mai, alors qu'en un point du ganglion nouveau il y a une zone ramollie. La ponction ramène du pus froid typique. On note alors l'apparition d'un nouveau ganglion dur, derrière le bord inférieur du maxillaire, entre l'ancienne et la nouvelle adénopathie. L'empâtement de la région est considérable. Le malade abandonne le traitement.

Il revient le 20 février 1924. La poussée de 1923 avait assez rapidement disparu, non sans avoir laissé cinq ou six fistules par où le pus s'était écoulé des trois ganglions.

Une nouvelle poussée venait de survenir d'abord au niveau du ganglion rétro-angulo-maxillaire. Celui-ci apparaît sous forme d'une poche tendue et on évacue par ponction, le 20 février 7 à 8 c.c. de pus froid grumeleux. La reproduction du pus est rapide ; le lendemain, 21 février, la ponction ramène 10 c.c. de pus rougeâtre liquide. Le 25 février, au cours d'une ponction, la poche s'ouvre et il sort 30 cm^3 de pus rougeâtre et de magna sanglant.

Le malade, acceptant mal un traitement par piqûres, est envoyé au service de radiothérapie : il revient à la consultation de chirurgie dès qu'il en est besoin.

Fin mai 1924, on constate que l'adénite rétro-maxillaire et les deux autres forment une masse considérable avec poches de pus se vidant mal et gros empâtement périphérique : la poussée gagnant successivement les trois ganglions, on décide le malade à recevoir une nouvelle série de piqûres.

OBSERVATION V

Adénopathie cervicale. — Régression sous l'influence des Pélospanines.

Mme S..., 32 ans. — Cette malade présentant une adénopathie cervicale droite a été traitée antérieurement (décembre 1921), par des ponctions sans injections modificatrices.

Au 10 janvier 1922 l'adénopathie aurait eu la grosseur d'une mandarine. On a fait à ce moment (10-21 janvier) dix piqûres de Pélospanines B.

Le 2 mars 1922, la malade revient pour continuer son traitement. A ce moment, elle présente un ganglion sous rétro-auriculaire du côté droit, de la grosseur d'une noix, mou, mais sans fluctuation nette. Ce ganglion, indolent, en temps ordinaire, subit une poussée douloureuse tous les mois, au moment des règles.

L'état général est assez bon bien que la malade paraisse un peu anémiée.

En mars 1922, une série de 20 piqûres intraveineuses puis, fin avril, 14 autres piqûres. Après une infection grippale légère (catarrhe saisonnier), le traitement est repris et la malade reçoit en mai, 15 piqûres.

Les poussées douloureuses au moment des règles ont déjà disparu.

Fin juin 1922, la malade revient avec un état général excellent et un état local assez amélioré (ganglion minuscule) pour qu'on puisse considérer l'affection locale comme à peu près disparue.

OBSERVATION VI

Adénopathie cervicale. — Très grosse amélioration sans poussée par deux séries de Pélospanines. — Guérison clinique.

Mme T..., 46 ans. — Malade traitée en février-mars 1922 pour adénopathie de la région angulo-maxillaire gauche.

Avant la première série, l'adénopathie aurait été de la grosseur d'une orange.

Au 25 mars, après la série, l'adénopathie est de la grosseur d'une noisette, mais encore dure. La mine est florissante et l'état général amélioré malgré une perte de poids minime (de 50 kgr. 800 à 50 kgr. 600).

En avril 1922, la malade reçoit une nouvelle série de 20 piqûres. Malgré une bronchite simple, intercurrente, l'état général reste excellent, l'état local reste le même.

La malade est revue le 29 décembre 1922 : il y a eu disparition complète de l'adénopathie.

OBSERVATION VII

Adénite cervicale avec poussée au niveau d'un des éléments, dès les premières piqûres. — Régression (une série).

M. D..., 24 ans. — Au 1er mars 1922 présente une adénite cervicale droite se composant de deux masses, une supérieure encore

dure (grosse noisette, une inférieure, déjà ramollie (grosse noix), que l'on doit ponctionner.

On commence les injections ((2 cm^3) le jour même. Dès le lendemain, 2 mars, l'adénopathie inférieure est beaucoup plus grosse, elle nécessite une ponction le 7 mars. Le 10 mars la fistulisation se produit. On continue quand même la série.

La masse supérieure diminue nettement et surtout devient plus nette par disparition de la périadénite. La masse inférieure se vide en plusieurs temps : il semble qu'il y ait là plusieurs ganglions (trois ou plus), se ramollissant successivement, s'ouvrant l'un dans l'autre et s'évacuant alors par le trajet déjà formé.

Au 20 mars, la fistule ne coule plus que d'une manière intermittente.

A la fin de la série on peut la considérer comme à peu près fermée.

Le malade n'est pas revenu.

OBSERVATION VIII

Adénopathie inguinale fistulisée. — Régression rapide après poussée (une série).

Mme B..., 28 ans. — Arrive le 6 mars 1922, avec une adénite de l'aine gauche, apparue en décembre 1921, incisée et refermée ultérieurement ; puis fistulisée. Aucune porte d'entrée génitale, pas d'aspect chancrelleux, Wassermann négatif. L'adénite présente un trajet fistuleux sous-cutané, tendant à s'ouvrir, mais encore fermé. Bon état général. Microbes banaux à l'ensemencement du pus.

On fait 20 piqûres de Pélospanines (6-28 mars).

Dès les premières piqûres, la collection augmente nécessitant deux ponctions sans qu'on puisse empêcher l'ouverture spontanée (10 mars).

Dès le 20 mars, sous l'influence des piqûres la fistule se ferme et le trajet se sèche.

Au 28 mars, à la fin de la série, on peut considérer la lésion locale comme guérie et l'état général est encore meilleur si possible.

La malade qui n'est pas revenue pour son traitement a été vue en novembre 1922 : guérison persistante.

OBSERVATION IX

Abcès froid de l'avant-bras. — Guérison, après poussée, par une série d'injections de Pélospanines.

Mlle R..., 20 ans. — Abcès froid de l'avant-bras de la grosseur d'une noix. Point de départ inconnu. Nature inconnue. Wassermann négatif, aucun stigmate d'hérédo-syphilis. Pus stérile. Par élimination, on porte le diagnostic de gomme tuberculeuse et l'on fait, à partir du 9 mars, un traitement par les Pélospanines B.

Du 9 au 18 mars, la collection augmente et s'ouvre spontanément le 18, laissant couler de la sérosité gommeuse et un peu de sang.

L'abcès se ferme, sans fistule. Après la vingtième piqûre (1er avril) la malade paraît guérie. On ne la revoit qu'en juin 1922, pour une autre affection. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION X

Abcès chaud ou abcès réchauffé de l'aisselle. — Influenece des Pélospanines.

Mme P..., 37 ans. — Au 31 mars cette malade présente une adénite axillaire droite, de la grosseur d'une noix, adhérente à la peau, empêchant toute élévation du bras, mais ne présentant aucun des caractères de l'abcès chaud.

L'état général est très défectueux ; on pense à une adénopathie bacillaire et on tente un traitement par les Pélospanines intraveineuses (7 piqûres).

Dès la deuxième piqûre, l'adénopathie, jusque là indolore, devient très douloureuse, évoluant rapidement vers le ramollissement. Une ponction ayant révélé du pus crémeux d'abcès chaud, on cesse les piqûres et on incise l'adénopathie (pansement avec drain).

Au 29 mars, l'adénopathie paraît guérie : il persiste une grosse induration.

En raison de l'état défectueux de la malade, on lui fait faire une série de piqûres de cacodylate de soude : l'état général est vite rétabli mais l'induration locale persiste plus longtemps. Cependant, le problème reste entier, car cette malade a fait ultérieurement :

1° Une poussée légère de bacillose pulmonaire en 1923 ;

2° Au début de 1924, une série d'abcès tubéreux de l'aisselle, moins profonds, présentant les mêmes caractères que cette adénopathie à allure froide subaiguë.

OBSERVATION XI

Adénite axillaire froide avec périadénite influencée, au début, par les injections de Pélospanines. — Ultérieurement, aucune action (3 séries). — Ablation chirurgicale d'un ganglion purulent avec coque épaissie.

Mme Ch..., 46 ans. — Cette malade aurait présenté en février 1922, à la suite d'un furoncle de l'avant-bras droit, une adénite axillaire, qui serait réapparue le 24 mars, bien après la guérison des lésions de l'avant-bras.

Le 28 mars, la malade présente, sur la paroi interne du creux de l'aisselle, une adénite à peu près indolente, de la grosseur d'une noix et non ramollie.

On essaie les Pélospanines B avec prudence (en raison des réactions observées peu avant chez la malade de l'observation n° X).

Vers la dixième piqûre (6 avril) l'adénite grossit, elle reste dure et devient douloureuse, cependant, la périadénite qui avait augmenté avec les premières piqûres, semble disparaître et le ganglion apparaît nettement bilobé, sans aucune fluctuation. La peau n'est pas atteinte. A la fin de la première série de 20 piqûres (19 avril), l'adénite est grosse, plus grosse qu'au début, la bilobulation ne se reconnaît plus. Le ganglion est toujours très dur mais indolent et sans fluctuation.

Le poids est tombé de 63 kgr. (28 mars) à 61 kgr. (19 avril), puis à 60 kgr. le 7 mai.

Le 7 mai, la malade revient : le ganglion est encore plus gros, il est redevenu douloureux, mais toujours dur et mobile.

En mai 1922 on fait une nouvelle série de 20 piqûres intraveineuses.

Au 8 juin, l'adénite paraît très douloureuse, plus grosse, la périadénite est notable. On fait en juin, une troisième série d'injections. Le ganglion reste gros, sans tendance au ramollissement, toujours très douloureux, en raison d'une grosse périadénite.

La malade part à la campagne le 30 juin, traitement intercalaire, iode (sous forme de teinture) et tannin (formule de Kuss). A son retour, en août, persistance du même état, l'adénite étant moins douloureuse toutefois, et la périadénite tendant à disparaître. Les injections de Pélospanines étant inefficaces en apparence, on cesse temporairement le traitement.

La malade revient le 29 janvier 1923, l'adénite est dans le même état, mais il n'y a plus aucune périadénite, ni aucune évolution vers le ramollissement, il semble s'agir d'une fibrose locale.

Des algies importantes persistent au niveau du membre supérieur sans aucune topographie nerveuse précise, le professeur Sicard conseille une intervention.

L'ablation chirurgicale montre un seul ganglion, petit, de la grosseur d'une aveline, purulent à son intérieur avec une coque fibreuse bien limitée et résistante.

Revue en octobre 1923 : la guérison s'est maintenue.

Les injections ont amené un épaississement de la paroi antérieure de la veine sans thrombose.

OBSERVATION XII

Adénites cervicales influencées lentement par le traitement. — Poussée articulaire au cours de la quatrième série.

Mlle F..., 19 ans. — La malade vient consulter le 18 avril 1922. Elle est atteinte d'une adénopathie cervicale droite considérable : on sent, sous le sterno-cléido-mastoïdien et dans le creux sus-claviculaire, une énorme masse pâteuse du volume d'une grosse pomme.

L'état général est assez défectueux (poids 57 kgr. 250, anémie très marquée), de plus, elle présente de nombreuses cicatrices cervicales consécutives à d'anciennes adénopathies ayant évolué vers la fistulation et n'ayant guéri que lentement.

Une première série d'injections intraveineuses est faite du 18 avril au 11 mai 1922.

Le 22 mai, la malade pèse 56 kgr. Son impression personnelle sur l'adénopathie est que « c'est aussi gros mais » que « cela se partage ».

En effet, la périadénite est beaucoup moins marquée, l'ensemble est nettement un peu moins gros, la masse, encore dure, moins limitée, est maintenant mobile sous le sterno-cléido.

Les ganglions sus-claviculaires forment une masse lobée complètement distincte de la masse sous-musculaire.

L'état général paraît bon, le sang est nettement plus coloré.

Au 13 juin, après la seconde série, la malade pèse 55 kgr. 300. L'état local est resté stationnaire : la malade est traitée par du protoxalate de fer et de l'arsenic (liqueur de Fowler à doses progressives).

Au 5 juillet, on constate qu'elle a gagné du poids (58 kgr. 400), la disparition de la périadénite peut être considérée comme complète, la régression de l'adénopathie sous-sterno-cléido-mastoïdienne est maintenant très nette, les ganglions de la chaîne de la jugulaire interne sont à peine perceptibles. Quoique les ganglions sus-claviculaires soient maintenant nettement isolables, leur masse totale n'a pas diminué dans des proportions considérables.

On fait, du 5 au 2E juillet, une troisième série d'injections intraveineuses, elle amène peu de modifications.

En septembre, la malade revient de la campagne, l'état général est excellent, bien qu'au point de vue local, l'état des ganglions se soit peu modifié.

On essaie une quatrième série d'injections intraveineuses.

Dès la première injection, il se produit au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche, une poussée douloureuse avec fièvre (38°) empêchant tout mouvement et nécessitant même, à deux reprises, l'hospitalisation. La radiographie ne montre rien d'anormal.

Cette poussée articulaire ayant disparu, on essaie, au début d'octobre, une série de 15 piqûres de Pélospanines C., par prudence puis dans l'idée de constater si, après la disparition de la périadénite, on ne pourrait obtenir par des injections intramusculaires, une régression plus nette des ganglions.

Le 30 octobre, à la fin de la série, la malade se plaint de souffrir du genou gauche, l'examen méthodique révèle également une douleur de la hanche avec légère impotence, douleur ayant son maximum au niveau de la ligne innominée (toucher rectal) et (palpation externe), au niveau de l'échancrure sciatique. Par l'aspirine et l'air chaud, on obtient une amélioration rapide de ces douleurs.

La malade qui devait revenir en décembre 1922, revient seulement en février 1923 dans le même état. Elle reçoit une cinquième série d'injections intramusculaires puis intraveineuses sans que les phénomènes se reproduisent. Cette série influence peu les adénites où les ganglions sont relativement petits, isolés et mobiles, l'ensemble n'étant plus que de la grosseur d'une mandarine.

On ne constate plus rien d'anormal au niveau des articulations du pied, du genou, de la hanche.

Une sixième série entreprise en mai 1924, est actuellement en cours.

OBSERVATION XIII

Adénopathie cervicale multiple. — Amélioration rapide après poussée.

M. B..., 25 ans. — Ce malade vient consulter le 28 avril 1922, pour une adénopathie tuberculeuse pré-auriculaire gauche datant de deux mois.

On constate, à ce moment, la présence d'une collection semi-fluctuante, grosse comme une noix, avec peau rouge et tendue, sans aucune douleur, sauf à l'occasion de la mastication. Il existe, en outre, une grosse masse sous-angulo-maxillaire gauche avec péri adénite considérable.

Du côté droit, outre des cicatrices datant de l'enfance, le malade présente un ganglion sous-angulo-maxillaire, non douloureux, un peu empâté et de la grosseur d'une noisette.

Enfin, au cou, il présente, à la région sus-hyoïdienne médiane, deux ganglions durs du volume d'une noisette ; deux autres ganglions durs et mobiles de la grosseur de petites noix, à droite, un peu au-dessus du bord interne du sterno assez haut, plus des ganglions occipitaux assez gros, durs et mobiles.

Le jour même, on commence une série d'injections intraveineuses.

A la sixième piqûre (5 mai) se produit une réaction très nette au niveau de l'adénopathie pré-auriculaire gauche. Sa grosseur a augmenté rapidement et la fonte est nette : tout le centre de la masse s'est ramolli à l'intérieur d'une coque encore très dure sauf au niveau de la peau.

Les ponctions que l'on pratique alors sont suivies d'un retour de la poche à son volume primitif. La peau apparaît mal irriguée : une fistule semble proche et se produit le 11 mai. On continue les piqûres jusqu'au 20 mai. A ce moment, malgré une baisse de poids considérable (2 kgr. 500) l'état général semble peu touché. Localement, la fistule s'arrange : la peau, décollée tout d'abord, commence à adhérer aux plans profonds, et le 22 mai, la fistule est sèche.

Il faut noter également que, vers le 18 mai, un des ganglions superficiels, au-dessus du sterno droit a fondu en quelques jours,

se ramollissant, mais ayant pu être évacuée par ponction avant toute adhérence à la peau et toute fistulisation.

Il semble que, par disparition de la périadénite, les autres ganglions soient moins gros.

Le 6 juin, le malade revient pour une seconde série, avec un état général vraiment splendide (58 kgr. 140). L'état local est très bon. Au niveau de l'ancienne adénopathie pré-auriculaire, la fistule est complètement fermée et il ne persiste de la masse primitive que la partie postérieure de la grosseur d'une noisette.

La périadénite des ganglions angulo-maxillaires gauches a disparu : on distingue maintenant un ganglion relativement gros (noisette) et d'autres plus petits, plus en avant, derrière le bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire. Tous ces ganglions sont durs et mobiles. Les autres ganglions sont peu modifiés.

Une seconde série d'injections intraveineuses est faite du 6 juin au 23 juin 1922. L'état local ne se modifie plus : le malade que nous considérons comme très amélioré, qui se considère lui-même comme guéri, n'est plus revenu.

Il a été revu en février 1923 pour une tout autre affection. L'état restait le même, très bon.

OBSERVATION XIV

Adénopathie cervicale. — Réaction particulièrement importante.

Mme J..., 34 ans. — Malade venue consulter fin avril 1922 pour une grosse masse sus-hyoïdienne médiane, formée de trois ganglions dont un particulièrement important à gauche, le tout noyé dans une périadénite très marquée.

La bouche est en très mauvais état, cependant, une ponction retire de la plus grosse masse ganglionnaire 4 à 5 cm^3 de pus d'abcès froid ne donnant aucune culture sur les milieux usuels.

Le 3 mai 1922, on commence les injections de Pélospanines (ampoules A de 2 cm^3).

Le 4 mai, réaction très nette : douleur vive et lancinante au niveau des ganglions se répercutant dans le conduit auditif du côté droit. La masse paraît très nettement augmentée. Aussi, les 4 et 5 mai, n'injecte-t-on pas plus de 2 cm^3.

Le 6 mai, le ganglion est ramolli, la peau commence à rougir : il n'y a cependant ni tension, ni fluctuation.

La violence de la réaction persistant, on ne fait que le 8 mai une injection de Pélospanines C.

Le 9 mai, la réaction s'atténue considérablement. Une nouvelle injection intramusculaire est faite le 11 mai, mais la malade ne revient plus, ces injections intramusculaires lui paraissant trop douloureuses.

OBSERVATION XV

Polyadénopathie. — Poussée surtout importante au niveau des ganglions axillaires. — Le traitement a peu d'influence.

Mme R..., 32 ans. — Cette malade vient consulter le 12 mai 1922. Elle souffre depuis longtemps d'adénites cervicales (cicatrices d'abcès froids à gauche, sous et pré-auriculaires), spina ventosa en 1921. Elle se plaint d'une adénite sous-hyoïdienne latérale gauche qui, grossissant depuis 2 mois, présente, à ce moment, le volume d'une petite mandarine, cette adénopathie est douloureuse avec irradiations dans l'oreille, assez dure et n'adhère pas à la peau.

L'examen méthodique révèle de nombreux ganglions un peu partout, entre autres deux ganglions durs, de la grosseur d'une noix et d'une noisette, en arrière du sterno-cléido-mastoïdien droit ; une adénopathie axillaire droite, du volume d'une noix, remarquée par le malade depuis deux mois, non ramollie, mais avec grosse périadénite faisant adhérer la masse ganglionnaire à la peau ; un ganglion inguino-crural droit, de la grosseur d'une noix, non ramolli mais adhérant à la peau.

Il s'agit d'une malade excessivement nerveuse, présentant également une fragilité veineuse considérable : les veines, très belles en apparence, se rompent facilement lors des injections. Aménorrhée, liée, semble-t-il à une petite ovarite droite (probablement tuberculeuse) l'utérus lui-même étant petit, infantile.

On commence, le 12 mai, les injections intraveineuses de Pélospanines. Dès les premières piqûres, la malade se plaint d'une réaction générale assez notable (fatigue, asthénie, douleurs articulaires), localement, il n'y a que peu de modifications.

Au 17 mai, on note que les ganglions du cou s'isolent mieux : moins adhérents, moins douloureux, ils sont plus identifiables : la masse sus-hyoïdienne s'est résolue en deux ganglions.

L'adénite axillaire, à cette date, ne semble pas modifiée. L'adénite crurale a un peu grossi, mais, dès lors, ne se modifiera plus.

Au 19 mai (après 6 piqûres) grosse douleur locale, au niveau du ganglion axillaire : la peau est rouge, mais le ganglion paraît encore dur.

Au 27 mai (après 13 piqûres) le ganglion axillaire se ramollit : il devient fluctuant et une ponction ramène 5 cm³ de pus froid.

La série est terminée le 3 juin.

Le 6 juin, la malade revient, éplorée : en trois jours l'adénite axillaire a grossi, la fluctuation est considérable et il y a tendance à la fistulisation ; l'adénite sous-maxillaire a également grossi, la peau est rouge, un point superficiel semble se ramollir.

Le 7 juin, malgré une ponction, l'adénite axillaire se fistulise.

Le 15 juin, on constate que, non seulement existe un trajet fistuleux s'étendant très loin, mais qu'un nouveau ganglion se met

à grossir en avant de celui qui s'est ramolli fistulisé et vidé, ce ganglion est encore dur.

Le 19 juin, l'adénite sus-hyoïdienne que l'on ponctionnait se fistulise.

Du 20 juin au 12 juillet, on fait une nouvelle série d'injections intraveineuses, l'adénite axillaire ouverte se tarit et tend à se cicatriser, l'adénite axillaire voisine est peu modifiée, l'adénite cervicale donne toujours un peu de pus, mais la masse sus-hyoïdienne est, d'une façon générale, très diminuée.

En août, la malade part pour la campagne.

A son retour, au début de septembre, l'état local, au niveau du cou est resté stationnaire, mais la nouvelle adénite axillaire tend à se fistuliser, aussi envoie-t-on la malade au service de radiothérapie pour tenter un traitement.

La malade est alors uniquement traitée par la radiothérapie, elle ne vient, à la consultation de chirurgie, que pour des ponctions faites à deux reprises.

Le traitement radiothérapique ne semblant finalement, rien donner, ni au niveau du cou, ni surtout au niveau de l'aisselle, en février 1923, on tente une nouvelle série de Pélospanines, mais, pour varier l'action, ou pour ne pas provoquer une nouvelle poussée, on débute par une série de piqûres intramusculaires.

Une partie des piqûres est faite sous-cutanée par la malade elle-même et l'une d'elles donne, à la cuisse, une réaction considérable pseudo-phlegmoneuse (sans aucune gravité).

La fistule axillaire, quoique donnant peu, ne se fermant pas, une quatrième série intraveineuse est proposée à la malade, mais l'anxiété pénible de cette dernière, avant chaque injection, s'oppose à ce qu'elle accepte de tenter une nouvelle série.

La malade reste un certain temps sans revenir à la consultation de chirurgie. Elle est ensuite traitée, en 1924, à la consultation de médecine par MM. Duvoir et Jacquelin qui reconnaissent là une insuffisance ovarienne et emploient, avec assez de succès l'opothérapie. En mai 1924, l'adénite axillaire commence à se tarir.

OBSERVATION XVI

Adénite cervicale. — Poussée et fistule à la deuxième série. — Amélioration considérable de la fistule.

M. Joseph G..., 19 ans. — A déjà été soigné en 1915-1916 pour une adénite bacillaire sous-angulo-maxillaire gauche fistulisée et guérie par un traitement local, au bout de presque deux ans.

Vient consulter le 17 mai 1922 pour une masse sous-hyoïdienne gauche, dépassant un peu la ligne médiane, de la grosseur d'un chinois, assez douloureuse, mais dure et n'adhérant pas à la peau, malgré une périadénite assez notable.

On constate, en outre, un ganglion sous-angulo-maxillaire droit, de la grosseur d'une noix, dur et mobile.

L'état général est bon.

On fait une première série d'injections intraveineuses de Pélospanines (17 mai-9 juin), la périadénite disparaît et les douleurs cessent rapidement.

Le 26 juin, on commence une nouvelle série.

Le 2 juillet, apparaît au niveau des cicatrices de l'ancienne adénite sous-angulo-maxillaire gauche, une poche purulente froide qui, malgré plusieurs ponctions, se fistulise le 6 juillet.

Au 18 juillet, fin de la série (18 piqûres), la fistule est en voie de cicatrisation, les autres ganglions sont durs et ne présentent pas de périadénite.

Le malade est revu quelques jours après : la fistule est tarie et la cicatrisation se poursuit.

Le malade devait revenir en septembre pour uns troisième série.. Il ne s'est pas représenté.

OBSERVATION XVII

Poussée au niveau d'une adénite cervicale ancienne. — Disparition totale de la périadénite. — Les ganglions restent isolés sans évolution sauf un (toujours le même) qui suppure.

Mme A..., 35 ans. — Vient consulter le 18 mai 1922 pour adénite tuberculeuse ancienne subissant une poussée : il s'agit alors d'une masse allongée d'environ 8 centimètres de long, adhérente à la peau amincie et rouge, présentant même de la fluctuation à la partie supérieure (au niveau d'un point resté fistulisé de 1915 à 1921).

On fait le traitement par les Pélospanines intraveineuses.

Première série, du 18 mai au 3 juin (15 piqûres), le 19 mai, fistulisation au niveau du point déjà fluctuant.

Le 3 juin, la malade part à la campagne présentant encore un trajet fistuleux ; elle revient le 19 juin, avec un état général très bon. L'état local s'est très amélioré : le trajet fistuleux s'est fermé et la masse s'est résolue en une série de petits ganglions de la grosseur d'une noiette, chacun d'eux étant bien délimitable,

Du 19 juin au 30 juillet, on fait une nouvelle série de 20 injections intraveineuses.

Au début, nouvelle poussée avec ouverture du ganglion le plus haut, puis, tout s'arrange.

La malade, qui se considérait alors comme suffisamment guérie, n'est pas revenue.

OBSERVATION XVIII

Arrêt d'une poussée évolutive par des injections intramusculaires de Pélospanines.

M. Gustave J...,, 26 ans. — Vient consulter le 15 mai 1922, pour une grosse adénite rétro-angulo-maxillaire droite, présentant, depuis 6 semaines, une évolution assez rapide.

Cette adénite est de la grosseur d'une noix, encore dure, sans aucune adhérence ni à la peau, ni aux plans profonds. Il existe également de petits ganglions de la chaîne jugulaire, datant de l'enfance, non modifiés. Très bon état général bien que le sujet ait maigri de 2 kgr. en six semaines.

Le malade, ne pouvant venir à l'hôpital, reçoit, chez lui, des injections intramusculaires de Pélospanines C.

Au 19 mai, peu de modifications, mais l'évolution du ganglion a semblé s'arrêter ; l'état est le même ; cela n'a pas grossi.

Au 16 juin, au moment de refaire une seconde série de 15 piqûres (toujours intramusculaires), on constate que le poids est identique, le ganglion paraît légèrement plus gros et plus mobile.

Le malade n'a pas voulu faire de nouveau traitement. Il a été revu en octobre : son état est identique.

OBSERVATION XIX

Adénites cervicales. — Poussée immédiate importante. — Fistule que le traitement améliore.

M. Antoine J..., 32 ans. — Vient consulter le 23 mai 1922 pour une masse ganglionnaire sous-angulo-maxillaire gauche, dont le développement est surtout rapide depuis un mois et demi.

A cette date, le volume est celui d'une mandarine, mais la masse est encore dure.

Il existe également à gauche, mais plus bas, en arrière du muscle sterno-cléido-mastoïdien, une autre masse considérable formée par plusieurs ganglions réunis par de la périadénite.

Le 23 et le 24 mai, il reçoit deux piqûres intraveineuses (2 c.c. et 3 c.c.) de Pélospanines.

On constate, dès le 25 mai, une grosse réaction au niveau de la masse supérieure ; l'empâtement périganglionnaire s'accentue et, en un des points, on constate nettement du ramollissement.

On continue le traitement par injections intraveineuses et le 26 mai, la masse apparaît tellement importante qu'on doit l'évacuer avec l'appareil de Potain : on ne retire, d'ailleurs, que 10 c.c. de pus gris verdâtre.

Le centre de la masse s'est vidé laissant à la périphérie plusieurs lobes durs dont un surtout important en arrière et en haut.

Le 29 mai, le pus s'est reproduit rapidement et il existe une poche avec tension considérable : le malade, disant n'avoir pas le temps de se laisser ponctionner, on retire, à la seringue, 5 cm³ de pus bien lié, rougeâtre déjà.

Le 30 mai, a lieu une ponction au Potain ramenant 20 cm³ du même pus rougeâtre ; on lave au liquide de Calot.

Le 3 juin, nouvelle ponction évacuant encore 20 cm³ de pus rougeâtre, nouveau lavage au Calot. La masse supérieure est seule importante dans ce qui persiste.

Après 11 piqûres, le malade doit cesser de venir, en raison d'un accident qui, d'ailleurs, occasionne l'ouverture et la fistulisation de l'adénite.

On reprend le traitement le 14 juin, avec prudence.

Le 17 juin, la fistule se ferme, le pus se reformant rapidement et sous tension, on doit évacuer, à la seringue, le 17 juin, 15 cm³ de pus, le 19 juin 15 cm³ également. Le 22 juin, le malade, en se rasant, écrase la poche qui s'ouvre encore une fois.

Il n'a pas été revu depuis. Pendant tout ce temps, l'adénite rétro-sterno-cléido-mastoïdienne est restée grosse et empâtée.

Il serait apparu à la suite du traumatisme (?) une adénite sus-claviculaire droite, de la grosseur d'une noix et très douloureuse.

OBSERVATION XX

Adénite cervicale. — Grosse amélioration sans poussée.

Mlle Eugénie G..., 18 ans. — Cette malade, venant de la campagne, n'est à Paris que depuis le mois de mai 1922. Elle présentait déjà une adénite dont elle ne s'est aperçu que peu avant son départ.

A son arrivée, poussée ; l'adénite grossit considérablement, puis cela reste stationnaire. Cette malade n'est pas réglée. Elle ne tousse pas. Au 12 juin 1922, elle présente, dans le creux sus-claviculaire gauche, une masse du volume d'une mandarine avec empâtement considérable ne permettant guère de se rendre compte des limites.

Une série de Pélospanines intraveineuses est faite avec prudence du 12 juin au 5 juillet, deux piqûres de 2 cm³, puis deux de 3 cm³, puis 16 de 4 cm³.

Sous l'influence de ce traitement, la masse se résout en 5 ou 6 ganglions chacun de la grosseur d'une noisette. Le traitement n'a pu être poussé plus loin ; la malade, ayant probablement suivi le conseil qui lui avait été donné de retourner dans son pays, depuis juillet 1922, n'est pas revenue.

OBSERVATION XXI

Adénite inguinale. — Drainage filiforme. — Grosse amélioration par les injections de Pélospanines.

Mme Marie G..., 22 ans. — Cette malade présente une adénite considérable de l'aine gauche, de la grosseur d'une orange avec masse centrale ramollie et gros empâtement périphérique.

A droite, adénite inguinale, dure, de la grosseur d'une noix sans aucune cause étiologique invoquable.

Le 22 juin 1922, on commence le traitement par Pélospanines en même temps qu'on procède à un drainage filiforme.

Le traitement ne semble pas agir sur l'adénite gauche qui se fistulise le 26 juin.

Cependant, on constate au 7 juillet, date à laquelle on voit la malade pour la dernière fois, que :

1° La fistule est maintenant punctiforme (on a retiré les fils dès que l'adénite s'est fistulisée).

2° L'adénite droite a subi une régression nette par disparition de la périadénite et qu'on se trouve en présence d'une masse n'ayant plus que la grosseur d'une noisette.

OBSERVATION XXII

Adénite cervicale. Poussée et fistulisation. Guérison.

Mlle B..., 16 ans. — Après un léger traumatisme survenu à la fin de juillet 1922 (écorchure de la joue), la malade constate la présence d'une adénopathie sus-hyoïdienne, froide, de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Cette malade a un aspect lymphatique bacillaire.

On lui fait, à partir du 9 août, une série de 19 piqûres intraveineuses de Pélospanines.

Les cinq premières piqûres amènent une grosse réaction locale : de la périadénite vient augmenter la masse, la peau rougit. On sent mal le ramollissement.

Le 15 août, la poche se fistulise : le pus est typique, mais peu abondant, il s'agit d'une poche très superficielle qui se ferme très rapidement. Cela se reproduit encore, se fistulise en deux points. A la fin d'août, l'état est stationnaire, les deux fistules donnent peu (elles se sont fermées complètement 2 ou 3 jours après).

La malade revient le 4 octobre guérie avec le minimum de cicatrices.

OBSERVATION XXIII

Nombreuses adénites cervicales. — Traitement sans résultat.

Mme Le P..., 37 ans. — Cette malade, à 30 ans, a présenté, à la suite d'un accouchement, une poussée de bacillose dont la localisation se fait ultérieurement au niveau des ganglions sterno-cléido-mastoïdiens du côté droit.

Ces ganglions grossissent progressivement sans que la malade s'en inquiète. Cependant, en août 1922, cette adénopathie devient douloureuse tout en continuant à grossir.

La malade vient consulter le 4 octobre 1922 ; elle présente, entre le sterno-cléido-mastoïdien et la mastoïde du côté droit, une masse de la grosseur d'une petite orange, masse avec périadénite considérable, ne semblant pas toutefois ramollie, elle présente également une série de ganglions rétro-maxillaires dont un très net plus superficel comparable à une grosse noisette et sans périadénite, enfin, en arrière du sterno, on trouve une chaîne de ganglions allant en

diminuant de grosseur de haut en bas : noix, noisette, gros pois, ce sont d'ailleurs ces petits ganglions qui sont douloureux.

On essaie le traitement : échec total bien qu'on ait fait 16 piqûres (on a dû s'arrêter en raison d'une phlébite superficielle des veines du bras).

OBSERVATION XXIV

Adénite cervicale déjà traitée antérieurement. — Poussée au niveau des ganglions axillaires. — Guérison.

Mme K..., 23 ans. — Malade ayant présenté en 1921 une salpingite double avec suppuration qui nécessite une ablation totale de l'utérus et des annexes.

Consécutivement à cette opération, apparaît une adénite cervicale que l'on traite (peu d'ailleurs) par des injections intraveineuses de Pélospanines.

Une adiposité extrême rendant les piqûres très difficiles, on ne persiste pas au-delà de la première série, de plus, la malade, très nerveuse redoute ces piqûres souvent douloureuses. Il semble, toutefois, que l'évolution de cette adénite ait été arrêtée.

Le 4 octobre 1922, la malade vient à Necker consulter pour une adénite axillaire gauche ; elle présente, superficiellement, une masse de la grosseur d'une noisette un peu adhérente à la peau et, au-dessous, un plan empâté, mal délimitable, assez résistant et peu mobile.

Depuis l'intervention, la malade a beaucoup grossi : les veines ne sont pas seulement mal visibles, elles sont fragiles.

On fait une première série de Pélospanines, en octobre 1922.

A la fin de cette première série (23 octobre), on constate que la masse superficielle a cessé d'adhérer à la peau et que, la périadénite ayant disparu, on se trouve en présence de deux petites masses minimes.

Au-dessous et plus profondément, la masse mal définie du début apparaît bien comme un ganglion de la grosseur d'une petite pomme, encore dur et maintenant mobile. Une seconde série, faite en novembre, amène une diminution considérable de l'adénite qui, cliniquement, est guérie ; aucune gêne fonctionnelle, le volume des ganglions est minime, le ganglion profond est comparable à une noix.

En janvier et en mars 1923, deux autres séries sont faites pour maintenir la guérison. Aucune modification appréciable ne se produit.

Le seul traitement adjuvant et indiqué a consisté en endocrisines (ovaire).

OBSERVATION XXV

Adénite cervicale et abcès froids thoraciques. — Traitement mixte

(injections intraveineuses et musculaires). — Les abcès froids thoraciques sont améliorés.

Mlle Gabrielle G..., 22 ans. — Le début assez rapide, en octobre 1922, est marqué par des douleurs dans le dos que la malade attribue au fait de travailler courbée. Puis, en se nettoyant, elle constate que « le côté droit était plus enflé que le gauche ». Ensuite, elle s'aperçoit qu'une grosseur existe au niveau du cou.

Malade assez obèse, avec quelques troubles ovariens (ménorragies plutôt) et *léger hyperthyroïdisme*.

Le 30 octobre, la malade présente, au niveau de l'omoplate droite, une masse sous-épineuse de la grosseur d'une pomme, une masse sus-épineuse et interscapulo-humérale de la grosseur d'une mandarine. Ces deux masses semblent adhérentes à l'os : une grosse infiltration périphérique semble accroître leur volume. La ponction répétée ne ramène pas de pus.

Au niveau du cou, du côté droit, existe, entre le trapèze et le sterno, une masse de la grosseur d'une pomme, non douloureuse, avec réaction périphérique accentuée faisant adhérer la masse, plus au trapèze qu'au sterno. Sous cette réaction périphérique, on constate une masse très dure, presque fibromateuse.

En aucun point du corps, on ne constate d'autre adénopathie.

Les veines étant non seulement profondes, mais minimes, il est décidé de faire une série de cinq injections intraveineuoses puis de traiter ensuite par les injections intramusculaires.

Du 30 octobre au 30 novembre, la malade va ainsi recevoir 25 piqûres.

Dès la 10e piqûre, la masse sous-épineuse a disparu, la périadénite disparaît aussi, tant au cou que dans les masses sus-épineuse et inter-scapulo humérale.

Le 6 décembre, la malade revient : on constate, au niveau de l'adénopathie cervicale un point ramolli profond d'où la ponction ramène quelques gouttes de pus. Quelques piqûres intraveineuses, reprises à ce moment, n'amènent aucune modification.

Au 9 janvier 1923, la malade dont l'état général est plus que satisfaisant, présente une masse cervicale encore plus volumineuse (une très grosse pomme), la masse thoracique qui subit une régression fort nette, reste très adhérente aux plans profonds sans que l'on puisse constater aucun point de ramollissement.

On reprend le traitement : un essai de ponction, fait le 11 janvier, donne lieu à une hémorragie assez abondante, cependant, le sang qui s'écoule par le trocart est très modifié ; il semble mélangé à du pus.

A la fin de janvier, la masse cervicale est encore nettement accrue ; la malade, ayant quitté Paris, n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION XXVI

Adénite axillaire. — Poussée. — Amélioration.

Mlle Laure S..., 42 ans. — S'aperçoit, au début de novembre 1922, qu'elle présente dans l'aisselle droite, une masse qui grossit rapidement, gênant les mouvements.

Cette personne est bien portante, aucune maladie antérieure, ne se plaint uniquement que de perte de l'appétit, bien réglée.

Le 6 novembre 1922, vient consulter pour cette masse de la grosseur d'une mandarine noyée dans une grosse périadénite, dure, d'apparence multilobée, assez douloureuse et adhérente à la peau.

On fait, en injections intraveineuses, un traitement par les Pélospanines ; la masse semble d'abord grossir, on perçoit une fluctuation lointaine et, en effet, le 12 novembre, une ponction ramène 4 à 5 cm^3 de pus typique.

Au cours du traitement, la périadénite disparaît et, dès la quatorzième piqûre (22 novembre), on se trouve en présence d'une masse multilobée de la grosseur d'une mandarine, beaucoup moins douloureuse que précédemment, avec adhérence à l'hypoderme. Un de ces ganglions apparaissant nettement ramolli, on procède alors à un drainage filiforme. La malade n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION XXVII

Adénite axillaire bilatérale. — Les injections modifient peu les ganglions, mais à deux reprises provoquent une poussée pulmonaire congestive légère.

Mlle Eliane R..., 20 ans. — Cette malade vient consulter en décembre 1922 pour un panaris de l'index droit. On constate alors dans l'aisselle droite un ganglion dur, de la grosseur d'une noix avec périadénite assez marquée.

Du côté gauche, sur la même paroi interne de l'aisselle, existe un ganglion identique.

La malade a présenté en 1921 une gonococcie grave avec polyarthrite, laissant quelques séquelles au niveau des articulations sterno-claviculaire droite et cou de pied droit.

On apprend également que le père de la malade est mort de tuberculose, et qu'elle a vécu avec lui douze ans, dans la même chambre.

L'état général est bon.

Le panaris guérit, l'adénopathie reste identique. On essaie un traitement : par prudence on débute par des injections intramusculaires de Pélospanines C. N'obtenant rien (car, si la périadénite est un peu moins marquée, le ganglion a un peu grossi et l'ensemble reste à peu près du même volume), on essaie, le 9 janvier 1923, des injections de Pélospanines intraveineuses à la dose de deux centimètres.

Après deux injections, la malade présente au sommet gauche une petite poussée, réveil d'un foyer pulmonaire ancien se traduisant par des râles congestifs.

En même temps il y a élévation thermique, frisson et sueurs.

On ne reprend les piqûres intraveineuses que le 17 janvier. La malade reçoit 18 injections sans aucun incident.

Le 12 février, on constate que l'adénite est dans le même état. Au sommet gauche, l'inspiration est un peu soufflante. Il n'y a plus aucun bruit surajouté. La radioscopie faite un peu après (mars), ne montre aucune modification du parenchyme pulmonaire.

En mars 1923, la malade revient pour une nouvelle série. Par prudence on débute encore par des injections intramusculaires, puis on emploie les injections intraveineuses. Aucune réaction ne se produit à ce moment. Vers la fin du traitement, il semble que la périadénite commence à disparaître, mais le ganglion lui-même est un peu modifié.

Une troisième série faite en avril, en débutant encore par des injections intraveineuses, amène les mêmes phénomènes congestifs pulmonaires, cette fois sans phénomènes généraux ; on cesse le traitement quatre jours ; on reprend les injections intraveineuses ; la série peut être continuée sans incident.

Depuis, la malade n'a pas été revue.

Il faut noter qu'au cours de ces divers traitements, la malade ne s'est plaint d'aucune douleur articulaire.

OBSERVATION XXVIII

Lymphome tuberculeux cervical. — Premières séries sans effets. — Après un traitement intramusculaire et un traitement adjuvant, grosse amélioration pendant un séjour à la campagne.

Mlle Marie-Louise S..., 22 ans. — Malade vue en avril 1922. Elle présente un gros ganglion, du type lymphome tuberculeux, en arrière du sterno-cléido-mastoïdien gauche. On applique le traitement par les Pélospanines.

Le ganglion, de la grosseur d'une pomme, perd sa périadénite, légère d'ailleurs, au cours de la première série (avril-mai 1922). La seconde série ne donne que peu de choses (mai-juin 1922) : le processus semble s'être arrêté simplement.

Pendant l'intervalle entre la deuxième et la troisième série, on fait un traitement adjuvant (iode-tannin).

La troisième série (juin 1922), constituée par 15 injections intramusculaires, semble d'effet nul.

La quatrième série (juillet-août 1922), agit beaucoup plus : le ganglion diminue légèrement pendant la série, mais il diminue surtout pendant un séjour à la campagne. Au retour de la malade (octobre 1922), la masse n'est plus que de la grosseur d'une petite mandarine.

Une cinquième série est faite en octobre 1922. Depuis, la malade n'a pas été revue.

OBSERVATION XXIX

Adénite sous angulo-maxillaire guérie sans poussée.

Mme Henriette S..., 31 ans. — La malade vient consulter le 13 novembre 1922 pour une adénite ayant débuté en octobre.

A ce moment, il s'agit d'une adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche grosse comme une petite mandarine.

Une première série d'injections intraveineuses fait disparaître la périadénite sans aucune autre réaction, en même temps que l'adénite régresse chaque jour, si bien, qu'à la fin de la série, on constate qu'il ne s'agit plus que d'un ganglion comparable à une grosse noisette.

Les veines, fragiles et mobiles, en raison d'un amaigrissement assez considérable de la malade, ne permettent plus des injections intraveineuses. En janvier et en février on fait deux séries d'injections intramusculaires. Au 26 février on constate que l'état général est assez brillant, et que le ganglion dur, sans périadénite, n'est pas plus gros qu'une petite noisette.

Malade non revue depuis.

OBSERVATION XXX

Réaction particulièrement grave chez une malade dont l'état général est très déficient. — Amélioration ultérieure au point de vue local.

Mlle Emmeline D..., 31 ans. — Malade ayant déjà présenté des adénites tuberculeuses abcédées dans l'enfance.

Depuis la fin de juillet 1922, nouvelle poussée : un ganglion grossit prêt à se fistuliser.

La malade présente de nombreux ganglions avec périadénite, l'un d'eux particulièrement important (grosseur d'une pomme) en arrière du sterno-cléido-mastoïdien gauche, près de la clavicule. Etat général pas très bon. Lésion pulmonaire droite. On fait, en août 1922, vingt injections intraveineuses de Pélospanines.

La poussée, au niveau du ganglion, s'accentue : il s'ouvre et se vide. Au-dessus de lui apparaît un nouveau ganglion qui grossit progressivement.

La fistule ne tend pas à se fermer ; l'état général devient de moins en moins bon ; à la fin de la série, on constate même des signes de congestion au sommet droit.

En septembre, la malade part à la campagne dans les Pyrénées : elle s'y repose ; elle engraisse et revient en novembre très améliorée au point de vue général. Au point de vue local, la fistule n'est pas encore fermée. On fait une nouvelle série : 12 piqûres intramuscu-

laires qui donnent peu de chose, et 8 piqûres intraveineuses qui amènent la fermeture de la fistule.

Les ganglions notés précédemment sont très diminués par disparition de la périadénite.

Les écrouelles dues aux fistules anciennes ne sont pas modifiées.

En janvier 1923, la malade qui maigrit, qui est mal à son aise et se plaint de n'avoir que peu d'appétit, revient à la consultation de Necker pour recevoir une nouvelle série.

Du 15 janvier au 6 février, on fait 18 piqûres intraveineuses. A la neuvième piqûre un petit abcès froid superficiel, au niveau d'une cicatrice ancienne se produit et s'ouvre. En deux jours, la fermeture est complète et la poche ne se reproduit plus.

La malade n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION XXXI

Abcès de l'aisselle incisé. — Guérison par les Pélospanines. — Apparition d'un abcès froid sous-cutané. — Guérison sans poussée.

M. Marcel L..., 15 ans 1/2. — Fin novembre 1922 on incise un abcès axillaire gauche qui paraissait chaud.

Cela traîne ; une fistule persiste ; le pus devient ultérieurement du pus typique d'abcès froid.

Six semaines après l'incision, le 8 janvier 1923, on commence un traitement par les Pélospanines, à dose de 2 cm^3: le 12 janvier la plaie est fermée. Elle se rouvrira une fois le 18 janvier, mais le 29 la cicatrisation est complète à la fin de la série, elle sera un peu chéloïdienne sans exubérance.

En février apparaît, au niveau de la région lombaire gauche, un abcès sous-cutané, sans relation visible avec l'os, d'où la ponction retire quelques gouttes de pus froid.

Une seconde série fait diminuer cet abcès qui disparaît avec une troisième série faite en juin, sans fistulisation, sans ramollissement.

L'état général a toujours été excellent.

Le malade a été revu depuis (2 autres séries) sans modification aucune.

OBSERVATION XXXII

Traitement par Pélospanines après une intervention pour adénopathie tuberculeuse cervicale. — Succès au point de vue cicatrisation.

Mlle Madeleine D..., 25 ans. — Malade opérée le 14 décembre 1923 pour un « kyste » du cou qui, examiné, se montre être un ganglion tuberculeux déjà ramolli au centre.

La cicatrisation étant lente et l'état général déficient (2 kgr. 200 d'amaigrissement), on fait une série de Pélospanines (20 piqûres).

La malade entre, peu après, à l'hôpital pour appendicite.

Au point de vue local, trois mois après : cicatrice belle. Aucun autre ganglion n'a grossi.

OBSERVATION XXXIII

Adénite axillaire. — Poussée aiguë. — Aggravation puis amélioration considérable par les Pélospanines.

Mme B..., 29 ans. — Vient consulter le 15 janvier 1923, pour une adénite douloureuse de l'aisselle gauche qui aurait débuté trois semaines auparavant : au cours d'une infection grippale, elle s'aperçoit d'une adénite du volume d'une noisette qui grossit rapidement et devient très douloureuse, au point d'empêcher la malade de dormir. La malade, depuis ce temps, aurait maigri considérablement (de 55 kgr. à 41 kgr.)

Le mari est mort de tuberculose.

On constate, dans l'aisselle gauche, sur la paroi interne, assez bas, deux ganglions de la grosseur d'une noix avec une périadénite assez notable.

Rien dans l'aisselle droite, ni au cou.

Il existe, dans l'aine gauche, quelques petits ganglions qui ne seront en rien modifiés.

On commence le traitement par les Pélospanines, le 15 janvier ; le 18 janvier, l'adénite axillaire subit une poussée : la périadénite augmente considérablement.

On suspend le traitement quelques jours en raison d'un abcès dentaire intercurrent que l'on incise le 22.

Le 24 on reprend le traitement : l'adénite devient très grosse, on peut, du ganglion le plus inférieur, retirer 7 à 8 cm³ de pus typique. On ne retire rien du ganglion supérieur et antérieur.

Le 26 on ponctionne encore les ganglions, on retire 4 cm³ de pus de l'inférieur, 8 à 9 cm³ de pus sanglant du supérieur.

Le 29, 2 cm³ de pus chocolat de l'inférieur, 4 cm³ de pus rougeâtre du supérieur.

La malade, au début de février, reste quelques jours sans venir : le ganglion inférieur se fistulise le 6 février. Avec le traitement, la fistule est fermée le 8.

On prolonge la série (28 injections), la malade devant partir pour la campagne et le traitement ayant été un peu irrégulier

Au 26 février : l'état général est bien meilleur.

Au point de vue local : le ganglion supérieur est réduit au volume d'une petite noisette et est très dur.

Un petit abcès superficiel facilement vidé correspondait au ganglion inférieur.

La malade n'est pas revenue.

OBSERVATION XXXIV

Adénite cervicale. — Réaction importante.

Mme X..., 40 ans. — Malade présentant, le 22 janvier 1923, une masse considérable sous et rétro-maxillaire du côté droit, dépassant la ligne médiane ; cette masse est très dure, adhère aux plans voisins et surtout à l'os.

Les premières injections sont faites prudemment : on s'attend à une grosse réaction.

Au 26 janvier, à la cinquième piqûre, on n'a encore constaté que la disparition rapide de la périadénite ; la masse, moins adhérente à l'os et plus mobile, ne dépasse plus la ligne médiane.

Ce n'est qu'à la dixième piqûre que se produit une réaction locale particulièrement importante, se traduisant par un empâtement considérable avec œdème envahissant même la joue. On continue les piqûres et cet empâtement disparaît vite (quatre jours après).

La malade vient encore quelques jours, puis cesse de venir à partir du 10 février : la masse était redevenue comme au 26 janvier.

OBSERVATION XXXV

Adénopathies cervicales longuement traitées, sans poussée locale. — Phénomènes articulaires tardifs.

Mme Léonie D..., 30 ans. — Cette malade vient consulter le 26 février pour une adénopathie cervicale apparue depuis un an et grossissant depuis un mois environ.

Elle présente une grosse adénopathie en avant du sterno-cléido-mastoïdien droit, un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire, masse empâtée de la grosseur d'une pomme où l'on perçoit des ganglions assez indistincts, douloureux au moment des règles.

A gauche, en avant du sterno-cléido-mastoïdien, un peu plus près de l'angle de la mâchoire, que de l'autre côté (apparu depuis décembre), est un ganglion de la grosseur d'une noix, indolore, dur, semblant augmenter au moment des règles.

Une série, faite en février-mars 1923, n'amène de modifications qu'au niveau de l'adénopathie du côté gauche ;on constate en mars au lieu de la masse unique, un ganglion, comparable à une grosse noix, bien isolé et de nombreux autres ganglions tout petits.

En mai l'état général est excellent : on fait une nouvelle série d'injections, l'adénopathie se réduit à des ganglions de la grosseur de noisettes.

En juin, nouvelle poussée : la malade revient le 18 juin, parce que le ganglion supérieur à gauche a grossi ; il s'agit surtout de périadénite ; celui de droite a également grossi, mais on constate que cet accroissement n'est aucunement lié à de la périadénite.

Une troisième série faite en juin-juillet, fait diminuer très sen-

siblement le ganglion de gauche, tandis que la périadénite diminue à droite peu sensiblement.

Après les vacances et au début de 1924, on fait encore deux nouvelles séries. C'est alors que se reproduisent les phénomènes sur lesquels nous insistons dans le corps du travail lui-même : 1° L'irrégularité des règles ; 2° les phénomènes articulaires.

Dès la quatrième série, la malade avait noté que, pendant la durée de son traitement, elle n'avait pas ses règles. Au cours de la cinquième série, le même phénomène se reproduira : retard considérable de la menstruation, sans que l'examen gynécologique révèle aucune lésion appréciable.

Le caractère change également : sans que l'on puisse parler de troubles mentaux, une tendance nette à l'anxiété se produit.

Avec la cinquième série apparaissent les phénomènes articulaires, d'ailleurs assez vagues ; la malade se plaint un peu de partout, elle est comme brisée.

La sixième série est faite en avril-mai 1924 : les piqûres sont espacées tous les deux jours.

Les ganglions ne grossissent plus : la périadénite légère qui se reproduit entre chaque série, disparaît dès les premières piqûres. Cette série dure deux mois ; pendant les deux mois, la malade n'a pas ses règles.

A la dixième piqûre se produit une poussée articulaire très nette, au niveau des articulations médio-tarsiennes gauches, avec douleur vive, bien limitée, et impotence ; le tout ne cédant pas aux analgésiques usuels. On constate, en outre, dans l'aine quelques petits ganglions durs. La compression calme un peu ces douleurs qui persistent jusqu'à la fin de la série et disparaissent avec le retour des règles, une dizaine de jours après la dernière piqûre.

Incidemment, une légère impotence, plus vite disparue, se produit aussi au niveau de l'épaule droite.

Nous noterons enfin que la malade a subi, depuis le début de la cure, un amaigrissement considérable, de 4 kgr. 1/2 et surtout 1.100 gr. au cours de la dernière série.

OBSERVATION XXXVI

Adénite inguinale. — Accentuation de la poussée par les Pélospanines. — Amélioration considérable.

M. Marcel M..., 27 ans. — Depuis la fin de février 1923, ce malade présente dans l'aine droite une adénite froide, sans porte d'entrée connue.

Au 17 mars, cette adénite a la grosseur d'une noix ; la consistence est fluctuante ; elle n'est pas douloureuse, mais la périadénite est considérable et le ganglion adhère à la peau.

On fait, en mars et avril, vingt injections de Pélospanines. Vers la fin de la première série, on doit évacuer à la seringue 7 à 8 cm^3 de pus froid typique (11 avril). Une hémorragie se produit à l'inté-

rieur à la coque périphérique scléro-caséeuse. Dix jours après, le malade revient : il n'existe qu'une fistulette insignifiante et deux masses ganglionnaires très dures. Aussi se refuse-t-il à continuer le traitement se jugeant assez amélioré.

OBSERVATION XXXVII

Adénite rétro-maxillaire. — Grosse amélioration avec poussée minime.

M. D..., 25 ans. — Ce malade a déjà été opéré en 1917, pour une adénite cervicale. Depuis novembre-décembre 1922 est apparue une adénite rétro-maxillaire gauche.

On constate le 3 avril 1923 que cette adénite occupe tout l'espace entre le maxillaire et la mastoïde ; elle est encore dure malgré une périadénite considérable absolument indolente, la peau est intacte. Dès les trois premières piqûres, au 6 avril, la périadénite a disparu et l'adénite apparaît de la grosseur d'une noix. Elle grossit encore pour atteindre le volume d'un chinois. Après la vingtième injection on constate que l'adénite n'a plus grossi.

Le malade part à la campagne. Il revient le 28 mai. A ce moment, le ganglion apparaît comme une très grosse noix, il est bien isolable et mobile.

On refait une nouvelle série (28 mai-18 juin) l'état reste à peu près semblable : l'adénite a un peu diminué (noix), mais elle est surtout moins apparente et fait moins saillie à l'extérieur.

N'est pas revenu se faire traiter.

OBSERVATION XXXVIII

Adénite cervicale. — Poussée violente. — Fistules. — Guérison à peu près complète.

Mlle Germaine B..., 16 ans. — La malade vient consulter pour une adénite survenue depuis trois semaines.

La sœur de la malade présente également une adénite de même type qui ne sera pas traitée (cette sœur a, d'ailleurs, une réaction de Wassermann positive). La jeune Germaine B. est encore mal réglée (ne l'a été que trois fois jusqu'ici). Elle présente des dents mal implantées, des signes divers de dystrophie assez prononcée. Cependant son Wassermann est totalement négatif). On constate le 24 avril 1924 une adénite rétro-auriculaire du côté droit, masse dure, douloureuse avec une périadénite assez notable

La première injection amène de l'insomnie, la douleur est accrue.

C'est le 28 avril surtout à la quatrième piqûre que se manifeste une réaction considérable.

Du pus se collecte dans le ganglion : une ponction doit enlever 15 cm^3 de pus froid typique.

Depuis lors, on répète les ponctions, mais au 12 mai, la poche se distulise en deux points.

La série finit au 14 mai ; on continue cependant les Pélospanines B., jusqu'à ce que les fistules soient complètement fermées (23 mai).

En juin 1923, la malade ne présente aucune fistule, la périadénite a complètement disparu et la masse primitive n'est plus représentée que par deux masses ; l'une, de la grosseur d'une noix (masse supérieure), l'autre, de la grosseur d'une noisette. La peau est rouge, mais non adhérente au niveau de la masse supérieure. On fait une seconde série de 20 injections, en juillet la malade ne présente plus que des masses de la grosseur d'une noisette.

Elle part alors pour la campagne et n'est pas revenue depuis.

OBSERVATION XXXIX

Adénite sus-claviculaire. — Poussée accélérée par les injections. — Amélioration (fin de la poussée).

M. N. Q..., 40 ans. — Annamite, en France depuis 3 ans ; présente depuis 3 mois une adénite sus-claviculaire droite qui a grossi, a adhéré à la peau et constitue une masse rouge et fluctuante, allongée transversalement.

Le 26 mai on procède à une ponction immédiate, puis on fait un traitement par les injections de Pélospanines. Les premières piqûres amènent une réaction rapide : le pus se reforme rapidement ; on doit ponctionner deux fois, puis cela finit par se fistuliser. Au 18 juin, la fistule est fermée, le liquide ne se reproduit plus, la peau rouge et mince adhère déjà aux plans profonds : la quantité de liquide est minime. Il y a lieu de prévoir une cicatrice disgracieuse, mais l'état est aussi satisfaisant que possible.

Le malade n'est pas revenu.

OBSERVATION XL

Adénopathie rétro-maxillaire. — Amélioration progressive avec les séries successives, sans poussée.

Mlle Maria G..., 24 ans. — Début en 1920 : la malade aurait présenté dans la région rétro-maxillaire droite, de petits ganglions qui auraient grossi en 48 heures, puis auraient diminué de volume spontanément.

Vient, en 1923, consulter pour une adénite rétro-maxillaire du côté gauche. Cette adénite est de la grosseur d'une noix ; l'ancienne adénopathie du côté droit a à peu près la même grosseur : la périadénite y semble plus marquée. Une série faite en mars-avril amène la disparition de la périadénite des deux côtés. Une seconde série faite en mai 1923, amène la diminution du ganglion du côté gauche, l'adénite droite est peu influencée.

Il n'existe aucune poussée véritable.

Quatre autres séries ont été faites depuis juin 1923, sans aucune poussée. Actuellement (fin mai 1924), les ganglions sont réduits à la grosseur d'une petite noisette. L'état général est excellent.

La malade a toujours été bien réglée.

OBSERVATION XLI

Adénopathie cervicale ancienne à poussée. — Nouvelle adénopathie. Poussée provoquée par le traitement.

M. Guillaume C..., 31 ans. — A présenté de 1917 à 1922, une adénite sus-claviculaire suppurée ayant nécessité de nombreuses ponctions assez espacées, chaque ponction amenant une amélioration momentanée jusqu'à ce que, à l'occasion d'une nouvelle poussée, le pus se reforme. Fin mai 1921, le ganglion s'est fistulisé. Après longue suppuration il persiste à ce niveau une cicatrice adhérente aux plus profonds, et ce qui reste du ganglion.

En juin 1923, vient consulter pour une adénite rétro-maxillaire droite : on constate une masse de la grosseur d'une pomme déjà ramollie en un point. Au niveau de l'ancienne adénopathie on constate une grosse périadénite. On fait des injections de Pélospanines.

Ces injections amènent un ramollissement assez rapide, mais ce n'est que le 17 juin, peu avant la fin de la série, qu'on doit se décider à ponctionner et à retirer environ 15 centimètres cubes de pus typique. Le 19 juin, la série est terminée ; on constate après une nouvelle ponction retirant 10 cm^3 de pus chocolat, plusieurs masses lobulées de la grosseur d'une noix, masses dont le ramollissement donne le pus. La périadénite du niveau de la cicatrice ancienne a disparu.

Le 22 juin, le ganglion s'est fistulisé ; le malade n'est pas revenu.

OBSERVATION XLII

Adénopathie rétro-angulo-maxillaire. — Guérison sans poussée.

M. Gustave P..., 16 ans. — Vient consulter fin avril 1923 pour une adénopathie rétro-angulo-maxillaire droite qu'il présente depuis 1922.

On constate en arrière de l'angle de la mâchoire, une grosse masse non douloureuse comparable à une pomme, s'accompagnant d'une périadénite considérable avec, en plus, deux petites masses dures sus-claviculaires du même côté, qui ne seront en rien influencées par le traitement.

Une première série d'injections faite en avril-mai 1923, amène la disparition de la périadénite : deux ganglions deviennent distincts dans la masse principale. Une deuxième série est faite en juin 1923. Le 27 juin, à la fin de cette série, on ne constate plus que deux ganglions durs, l'un, comparable à une noisette, en haut ; l'autre, à une noix, plus bas.

Après la deuxième série, le malade part pour la campagne. A son

retour, le 2 novembre, il revient pour un etroisième série d'injections : les deux ganglions sont alors du même volume (comparables l'un et l'autre à une noisette). Après la troisième série, ils apparaissent nettement moins gros.

Le malade se jugeant guéri, n'est pas revenu.

OBSERVATION XLIII

Guérison sans poussée d'une adénopathie cervicale, par un traitement fait à temps et longtemps prolongé.

Mlle Edith D..., 19 ans. — Cette malade s'est aperçu, en janvier 1923, qu'elle présentait une grosseur au cou du côté gauche. Depuis juin 1923, cette masse augmente plus rapidement, si bien qu'à l'examen, le 3 août 1923, on constate une adénopathie en arrière du sterno-cléido-mastoïdien gauche avec périadénite, de la grosseur d'une pomme.

La première série faite en août-septembre 1923, fait disparaître la périadénite.

A la fin de la seconde série, l'adénopathie est mobile et n'est pas plus grosse qu'un chinois.

Pendant la fin de 1923 et jusque fin mai 1924, quatre autres séries sont faites, sans incidents, sans poussées.

On constate, fin mai 1924, une petite masse indolente, à peine marquée, à la place de l'adénopathie primitive.

OBSERVATION XLIV

Adénite en voie de ramollissement rapide, se fistulisant au cours du traitement. — Guérison de la fistule et de l'adénite. — Autre adénite non influencée.

M. Jean D..., 28 ans. — Vient consulter, fin juin 1923, pour une adénopathie cervicale grossissant depuis un mois.

On constate dans la fosse sus-claviculaire gauche, en avant du trapèze, une masse de la grosseur d'une mandarine ramollie et fluctuante. La ponction ramène du pus froid typique, qui, vers la fin de la ponction, se mélange d'un peu de sang.

Du côté droit, en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, on constate une masse de la grosseur d'une pomme avec périadénite considérable.

On fait une série de Pélospanines intraveineuses en ponctionnant tous les trois jours l'adénite ramollie. On en retire, à chaque fois, 10 à 15 cm³ de liquide rougeâtre, sans pouvoir empêcher la fistulisation qui se produit le 19 juillet, au moment où l'on termine la première série.

La fonte se fait rapidement. Au 1er août reprend les injections : la fistule se ferme rapidement et au 20 août à la fin de la série, il ne reste plus du côté gauche que deux à trois petits noyaux de la grosseur d'une noisette. Du côté droit la périadénite a disparu

lors de la première série ; mais la masse ne s'est en rien modifiée lorsque le malade cesse de venir.

Il n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION XLV

Grosse adénopathie cervicale disgracieuse. — Disparition rapide de la périadénite. — Poussée. — Grosse amélioration. — Traitement en cours.

Mlle Marguerite G..., 19 ans. — Vient consulter le 17 janvier 1924 pour une adénite bacillaire au-dessus du sterno-cléido-mastoïdien droit, dans sa partie médiane, adénite de la grosseur d'une pomme, très apparente, très douloureuse, avec périadénite empâtant le tout. On fait une première série en janvier-février.

Ce processus de périadénite disparaît. On constate une masse supérieure ramollie contenant du pus typique sans augmentation rapide et au-dessous trois petits ganglions isolés.

La deuxième série en février-mars 1924 amène, à la sixième piqûre, une augmentation rapide de la masse supérieure avec douleurs marquées. La ponction doit être faite, ramenant du pus typique le 17 mars, du pus sanglant les jours suivants.

La fistulisation se produit rapidement, malgré les ponctions. En raison de cette fistule, la série est prolongée et portée à 30 injections. La fermeture se fait assez rapidement.

En avril-mai 1924, on fait une nouvelle série ; un des ganglions inférieurs se ramollit et s'évacue en deux jours sans qu'on ait pu le ponctionner (la malade venant aux piqûres tous les trois jours). La poche supérieure subit également une poussée légère : elle redevient douloureuse ; l'ancienne fistule se rouvre, mais se ferme rapidement.

A la fin de la série (18 mai), la masse a considérablement diminué de volume : il ne persiste plus qu'une petite tumeur oblongue supérieure, sclérosée déjà, recouverte d'une peau encore un peu rouge et un peu amincie, avec deux points rouges de fistule, mais dont la cicatrisation apparaît en bonne voie.

Au-dessous, existe une petite poche purulente minime qui semble se scléroser également.

Les deux autres ganglions sont tout à fait insignifiants. Le traitement continue d'ailleurs.

La malade est très nerveuse, bien réglée; cependant elle se rapproche, au point de vue mental, de la malade de l'observation 26 (cf. page 21).

CONCLUSIONS

L'évolution d'une adénite tuberculeuse se fait, en général, par poussées successives avec les modifications locales suivantes :

1° Extension aux plans voisins, par périadénite ;
2° Fonte et fistulisation ;
3° Cicatrisation par sclérose défectueuse.

D'autres modifications analogues mais non dues au bacille de Koch, peuvent se produire dans certains cas, se substituant à la poussée évolutive et amenant une guérison locale plus rapide.

Nous signalons les phénomènes de réchauffement apparent des lésions, les hémorragies intraganglionnaires et surtout, les réactions que l'on observe au cours des injections intraveineuses de sulfates de terres rares.

Au point de vue clinique, cette réaction, qui ressemble à la poussée évolutive, en diffère par l'absence de périadénite et, par conséquent, la limitation du processus, la fonte accélérée du tissu nécrosé et son élimination rapide.

Dans nombre de cas, le traitement amène ce que l'on peut considérer comme une évolution plus rapide de la poussée nouvelle. D'où le nom de « poussée » que nous avons employé malgré la différence de nature.

En tout cas, cette évolution est nettement raccourcie.

Nous nous demandons si, dans les améliorations amenées par les sulfates de terres cériques, sans poussées, un processus analogue ne joue pas un rôle.

Pour le mécanisme de la cure, nous ne pouvons affirmer qu'il s'agisse d'une action tout spécialement spécifique ; si intéressant que soit le fait d'employer un agent actif, *in vitro*, sur le bacille de Koch, la chimiothérapie nous semble plutôt amener une réaction spéciale de l'organisme, réaction plus manifeste avec les Pélospanines, qu'avec tout autre produit essayé.

Cette réaction se produit vraisemblablement sous l'influence de perturbations humorales dont, troubles de la coagulation et hémolyse peuvent être les témoins sans qu'on ait le droit

de les considérer comme les facteurs essentiels d'une action protéinique différente de l'action de floculation et de colloïdoclasie.

Nous étudions, également, les cas où le traitement par les sels de terres rares ne nous a pas donné des résultats satisfaisants :

1° chez les scrofuleux et les polybacillaires ;
2° lors d'adénites à aspect tumoral ;
3° lors de troubles fonctionnels génitaux chez la femme.

Ayant exposé la thérapeutique actuelle des adénites tuberculeuses, nous insistons sur la conduite du traitement par les Pélospanines telle que nous le concevons. Nous exposons aussi les traitements adjuvants dont l'utilité est indubitable.

Vu :
Le Président de la thèse,
Pr CARNOT

Vu :
Le Doyen de la Faculté,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
A. APPEL